FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 *juillet* 1883, *à* 1 *heure*,

PAR J. BERTHAUT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Né à Saint-Pons (Hérault), le 31 octobre 1852.

ÉTUDE SUR L'ÉLIMINATION

DES

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

A TRAVERS LES VOIES BILIAIRES



Président : M. TRÉLAT, *professeur*

Juges : MM. VERNEUIL, *professeur*. TERRILLON, REMY, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, Successeur
52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1883

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. BÉCLARD.

Professeurs..........	MM.
Anatomie..	SAPPEY.
Physiologie......................................	BÉCLARD.
Physique médicale............................	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.........	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....................	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales........	BOUCHARD.
Pathologie médicale..............................	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale..........................	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique..........................	CORNIL.
Histologie...	ROBIN.
Opérations et appareils.........................	LE FORT.
Pharmacologie.....................................	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale............	HAYEM.
Hygiène..	BOUCHARDAT.
Médecine légale...................................	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés..................	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale........	VULPIAN.
Clinique médicale.................................	SEE (G.) HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants............................	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale...............................	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques...........	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses...............	CHARCOT.
Clinique chirurgicale............................	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....................	PANAS.
Clinique d'accouchements.....................	DEPAUL.

Doyens honoraires : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : **Ch. PUPIN.**

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET COUSIN

LE DOCTEUR S. TARNIER.

Chirurgien en chef de la Maternité de Paris.

Hommage de ma vive reconnaissance et de ma profonde affection.

J. BERTHAUT.

ÉTUDE SUR L'ÉLIMINATION

DES

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

A TRAVERS LES VOIES BILIAIRES

INTRODUCTION.

Les kystes hydatiques du foie sont beaucoup plus fréquents que ceux des autres organes. Lorsqu'il existe à la fois sur différents points du corps des tumeurs de cette nature, il arrive souvent qu'on en rencontre en même temps dans le foie. Dans un assez grand nombre de cas, ces kystes, qui existent simultanément, n'ont pas tous le même degré de développement. Cette différence a conduit quelques auteurs à croire que les kystes hydatiques pouvaient reproduire d'autres kystes chez le même malade. Budd, par exemple, admet la génération des kystes les moins développés par les kystes plus anciens. Il est difficile d'ad-

mettre une pareille opinion qui est contraire à tout ce que l'on sait sur les échinocóques.

On sait, en effet, que les vésicules hydatiques renferment des scolex, qui ne peuvent donner naissance qu'à des tænias échinocoques, quand ils se trouvent placés sur un terrain favorable à leur développement. Les œufs des tænias échinocoques renferment un embryon hexacanthe, lequel se transforme en vésicule hydatique, ou du moins il est très probable que c'est ainsi que naissent les vésicules hydatiques. La vésicule hydatique est au tænia échinocoque ce que le cysticerque ladrique est au tænia solium. Puisque les scolex de l'hydatide ne peuvent produire autre chose que les tænias échinocoques, il est bien évident que des kystes hydatiques ne peuvent pas donner naissance à d'autres tumeurs hydatiques.

On peut expliquer, autrement que par ce mode de génération, l'âge différent des kystes qui existent en même temps dans les divers organes d'un même malade. Les œufs des tænias échinocoques, introduits dans le tube digestif de l'homme, subissent l'action des liquides intestinaux. Cette action a pour résultat la destruction de la coque des œufs et la mise en liberté des embryons, qui sont alors tout prêts à pénétrer dans les organes. Mais ces œufs peuvent être introduits dans le tube digestif à des intervalles variables, et alors les embryons pourront être débarrassés de leur enveloppe, plus tôt les uns que les autres. On conçoit que ceux qui pénètrent les premiers dans les organes doivent être les plus développés. Il peut se faire aussi que des œufs, introduits en même temps dans le tube digestif, proviennent de source différente, ou aient été expulsés à des intervalles plus ou moins éloignés. Il en résulte un degré de maturité variable et une certaine différence dans le

temps nécessaire à la rupture de la coque. Les embryons sortiront de leur enveloppe plus tôt ou plus tard les uns que les autres, et leur migration se fera à des époques différentes. Il est permis de penser que les premiers arrivés à destination seront les plus développés. En outre, le temps que dure la migration ne doit pas être le même pour tous les embryons. Cette durée est subordonnée à la longueur du chemin à parcourir et à la facilité avec laquelle peut s'accomplir la migration. Tous les embryons, en effet, ne se rendent pas dans le même organe, et il leur est plus facile, par exemple, de parvenir dans le foie que d'arriver jusqu'au poumon.

Quelques auteurs ayant remarqué que dans les cas où des hydatides coexistent dans différents organes, celles du foie sont les plus développées, ont tiré de ce fait un argument en faveur de la génération des kystes peu développés par les kystes plus anciens. Mais ce n'est pas là une preuve bien certaine de ce mode de développement. Au contraire, ce fait est un argument en faveur d'une hypothèse plus vraisemblable : le passage dans le foie de presque tous les embryons de tænia échinocoque.

Les kystes hydatiques bien développés sont des tumeurs à parois fibreuses, renfermant ordinairement une vésicule hydatique mère avec ou sans vésicules filles. Lorsqu'un embryon hexacanthe, provenant d'un œuf de tænia échinocoque, est arrivé au milieu du tissu hépatique, il se dépouille de ses crochets et se transforme en une hydatide qui devient de plus en plus volumineuse. Cette vésicule, en s'accroissant progressivement, refoule le tissu hépatique et détermine autour d'elle une inflammation analogue à celle qui se développe autour d'un corps étranger. Le tissu conjonctif prolifère et forme autour de la vésicule hydatique

une poche dont la paroi d'abord mince, devient de plus en plus épaisse, à mesure que le volume de son contenu devient plus considérable et se transforme en tissu fibreux, souvent décomposable en lamelles. Davaine, qui a étudié avec soin la formation des kystes hydatiques, pense que leur paroi est d'autant plus épaisse qu'ils sont plus anciens.

Les kystes hydatiques du foie ont une existence limitée, qu'ils se développent chez l'homme ou chez les animaux. Mais, pour le développement ultérieur du tænia échinocoque, la pénétration des embryons dans le corps des animaux, le mouton et le bœuf, par exemple, est la plus favorable. En effet, lorsque l'on a tué ces animaux, les hydatides sont exposées à être avalées par les chiens et les loups, chez lesquels le tænia échinocoque est très fréquent. Au contraire, les hydatides trouvent, dans le corps de l'homme, leur tombeau, ou du moins elles ne peuvent pas continuer leur dangereuse existence (Thudicum).

Par conséquent, l'homme ne contribue pas à la multiplication et à la propagation des échinocoques; mais, sa disposition constante à la maladie fait qu'il est pris dans le cycle d'infection qui existe entre le chien et le mouton (Murchison).

L'existence des kystes hydatiques chez l'homme peut se terminer de différentes manières.

L'épaississement de la paroi kystique, la transformation calcaire que son tissu peut subir, ont pour conséquence, dans certains cas, la mort du parasite. Ce processus anatomique donne à la poche une telle rigidité, que la vésicule hydatique ne peut plus se développer. Dans d'autres cas, le même résultat est obtenu par un autre mécanisme bien décrit par Davaine (1).

(1) Davaine. Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques, p. 373.

Il se forme, à la face interne de la paroi kystique, une matière d'aspect sébacé, de consistance variable. Cette matière se dépose entre la membrane vésiculaire et la poche. La couche de matière sébacée devient de plus en plus considérable, ce qui diminue de plus en plus la capacité de la tumeur, et cette diminution de capacité est encore accrue par le resserrement de la paroi fibreuse qui tend à revenir sur elle-même. Il en résulte que la vésicule hydatique est comprimée et ne tarde pas à être frappée de mort. Quelquefois encore, le développement des vésicules secondaires est tellement rapide que l'extensibilité de la paroi n'est pas assez grande pour permettre une augmentation de capacité suffisante de la poche. Dans ces cas encore, il y a compression et destruction consécutive du ver vésiculaire.

Enfin, la mort du parasite peut être produite par une inflammation du kyste, traumatique ou spontanée. Cruveilhier et d'autres auteurs ont signalé l'influence nuisible de la bile sur les hydatides. Nous verrons ce qu'il faut penser de cette opinion.

Quand l'hydatide a cessé de vivre, la guérison peut survenir. Dans ce cas, la tumeur se transforme en une poche à parois plus ou moins épaisses, plus ou moins rigides, qui diminue peu à peu de volume et renferme un liquide plus ou moins foncé en couleur, plus ou moins épais, dans lequel nagent des débris membraneux, des crochets et des cristaux nombreux de cholestérine. Ultérieurement, ce liquide s'épaissit de plus en plus et se transforme en une matière caséeuse, renfermant des débris de vers vésiculaires, surtout des crochets (kystes athéromateux).

Parfois, les parois de la poche subissent une infiltration calcaire et le contenu devient une matière calcaire solide (kystes crétacés).

Souvent, les kystes hydatiques sont éliminés par diverses voies. La poche se rompt alors dans différentes directions : dans la plèvre et les poumons, dans le péricarde, dans le péritoine, à travers les parois abdominales ou les espaces intercostaux inférieurs, dans l'estomac ou l'intestin, dans la veine porte ou la veine cave inférieure, dans les trompes utérines, dans les voies urinaires, dans les voies biliaires.

C'est à l'étude de l'*élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires*, que ce travail est consacré. Ce mode d'élimination n'est pas très rare et donne à la maladie une physionomie particulière. Les lésions anatomiques constatées à l'autopsie et les symptômes observés pendant la vie des malades sont très analogues aux lésions et aux symptômes que produit la migration des calculs biliaires.

M. le Dr Millard, à propos d'un cas remarquable observé dans son service, m'a vivement engagé à faire des recherches à ce sujet. Je ne saurais trop remercier cet excellent maître des bons conseils qu'il n'a cessé de me prodiguer et de l'extrême bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

Je suis heureux de pouvoir remercier publiquement M. le professeur Trélat, mon maître, qui a bien voulu présider cette thèse. Je n'oublierai jamais ses savantes leçons si appréciées de tous ceux qui ont pu les entendre, ni le charme de ses conversations si instructives.

Que mes maîtres, dans les hôpitaux, veuilent bien agréer l'expression de mes sentiments de reconnaissance et m'excuser si je ne me suis pas montré digne de leurs enseignements.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

L'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires constitue un mode d'expulsion des hydatides par les voies naturelles et une tentative de guérison spontanée. Les hydatides pénètrent dans les voies biliaires par un orifice ou un canal, faisant communiquer la poche qui les renferme avec un point quelconque de l'appareil excréteur de la bile. On n'est pas d'accord sur la nature de cette communication. Quelques auteurs ont pensé que les vésicules hydatiques pouvaient se développer dans les conduits biliaires et que, dans ces cas, la poche kystique était constituée par la paroi des canaux biliaires dilatés.

Le mode de migration des embryons que renferment les œufs de tænia échinocoque pourrait peut-être, s'il était bien connu, justifier dans une certaine mesure cette hypothèse, qui n'est généralement pas admise. On sait bien que, lorsque les œuf sont parvenus dans l'intestin, les sucs digestifs en détruisent la coque et que l'embryon hexacanthe, ainsi mis en liberté, s'accroche à la muqueuse intestinale pour ne pas être emporté avec les résidus de la digestion. On suppose qu'à l'aide de ses crochets l'embryon se creuse un passage vers les organes parenchymateux. Mais on ne saits, a exactement quelle route il suit ni de quelle manière il progresse. On le représente se frayant péniblement une route à travers les tissus et ne voyageant avec quelque facilité que quand il a pu pénétrer dans la cavité d'un vaisseau, parce qu'alors il est entraîné par le courant sanguin. Mais on n'admet pas en général, que les embryons

puissent pénétrer dans le foie en suivant les canaux excréteurs de la bile.

Cette hypothèse est cependant très admissible. L'appareil excréteur de la bile est constitué par un canal qui, d'une part, prend naissance dans le foie par des racines multiples très fines, et d'autre part, s'ouvre dans le duodénum, au niveau de l'ampoule de Vater. Il paraît plus facile, pour les embryons de tænia échinocoque, de pénétrer dans ce canal en communication directe avec l'intestin, que de se creuser un chemin dans l'épaisseur des tissus. On peut objecter à cette opinion que la bile a une action nocive sur les embryons et qu'il leur est difficile de remonter le cours de ce liquide excrémentitiel. Mais cette action nocive qui, d'ailleurs, n'est pas démontrée, s'exerce aussi bien dans l'intestin, où se trouvent des matières bien plus nuisibles encore, et les embryons ne sont pas forcés de parcourir les voies biliaires, au moment où la bile est projetée avec force dans l'intestin, pendant la digestion par exemple. Ils peuvent attendre un moment favorable et ne s'y engager que lorsque le liquide s'écoule lentement. S'ils sont surpris pendant ce trajet par l'écoulement rapide de la bile, il leur est facile, à l'aide de leurs crochets, de se fixer sur la muqueuse et de braver ainsi la force du courant. On peut demander encore pourquoi les embryons, quand ils ont franchi l'orifice de l'ampoule de Vater, suivraient toujours le canal cholédoque et jamais le canal pancréatique. La réponse est simple, quoique peu précise. On n'a jamais rencontré de kyste hydatique du pancréas. Il est probable que cette glande n'est pas un terrain favorable à leur développement. On peut admettre que les embryons préfèrent instinctivement se diriger vers le foie et que ceux qui s'égarent dans le canal pancréatique, se trouvant dans

un milieu nuisible, ou bien sont détruits, ou bien reconnaissent leur erreur et reviennent sur leurs pas, à la recherche de la route qui doit les conduire dans l'organe qui leur convient.

En suivant le canal cholédoque, le canal hépatique et les canaux biliaires intra-hépatiques, les embryons arrivent jusque dans les plus fins canaux biliaires et peuvent pénétrer dans le tissu conjonctif ou dans les espaces intercellulaires des lobules.

Il serait peu prudent de prétendre que tous les embryons de tænia échinocoque passent par les voies biliaires pour arriver dans le foie. Il est probable qu'un certain nombre d'entre eux se creusent un chemin dans le tissu cellulaire, que d'autres parcourent les vaisseaux lymphatiques, que d'autres enfin suivent les vaisseaux sauguins. Mais il est permis d'admettre que beaucoup s'engagent dans les voies biliaires pour parvenir jusqu'au foie. Cette hypothèse, qu'aucun fait n'a prouvée d'ailleurs, explique aussi bien que le trajet dans la veine porte, la fréquence des kystes hydatiques du foie, et fait comprendre comment une hydatide peut, à la rigueur, se développer dans un canal biliaire.

Davaine et Frerichs n'admettent pas la possibilité du développement des hydatides dans les conduits biliaires. Ils font remarquer que, dans les cas où ce fait aurait pu se produire, les hydatides se seraient développées dans une cavité muqueuse, et ils n'en connaissent pas d'exemple authentique. En effet, il est difficile pour les embryons, en raison même du chemin qu'ils suivent, de parvenir dans les cavités muqueuses autres que celles du tube digestif et des voies biliaires. Ils pénètrent plus aisément dans les organes parenchymateux, surtout dans le foie.

Davaine (1) formule encore d'autres objections. Il dit que, généralement, les kystes hydatiques entrent en communication avec les cavités voisines en perforant les parois. C'est par ce mécanisme que se fait la communication avec les vaisseaux, les bronches, la trachée, le tube digestif, le bassinet, la vessie, les trompes utérines. Il ne pense pas qu'il y ait exception pour les conduits biliaires. Il ajoute encore que l'existence d'un véritable kyste, le grand nombre des conduits biliaires ouverts dans sa cavité, ne s'accordent point avec l'idée d'un développement dans la cavité même d'un conduit, que l'on a vu les ouvertures communiquer, d'une part avec les canaux biliaires, d'autre part avec le veines, et que d'ailleurs une hydatide, développée dans la cavité d'un conduit biliaire, serait incessamment chassée dans l'intestin ou dans la vésicule par la bile qui s'accumulerait derrière elle.

Ces objections ont une très grande valeur.

Assurément, la communication des kystes hydatiques du foie avec les voies biliaires se produit le plus souvent par le mécanisme de la perforation des deux parois, celle du kyste et celle du conduit biliaire, surtout si ce dernier a un certain volume. Il est probable que, dans les cas ordinaires de kystes hydatiques du foie, les vers vésiculaires ne se développent pas dans un canal biliaire quelque peu volumineux. Mais il est possible que pareille évolution ait lieu dans un petit rameau, la quantité de bile qui peut s'accumuler au-dessus du parasite étant alors peu abondante. Dans ce cas, la paroi du canalicule biliaire formerait, en se dilatant, la paroi kystique, et on aurait la preuve de

(1) Davaine. Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques, p. 481.

cette origine, si on trouvait sur la surface interne de la poche fibreuse des vestiges de la muqueuse du petit rameau biliaire.

Quant à l'action de la bile sur les hydatides elles-mêmes, elle nous paraît avoir été mal interprétée. Assurément, si la bile pénétrait non seulement dans la tumeur hydatique, mais encore dans la cavité même de la vésicule qui y est contenue, le parasite serait frappé de mort. On réalise cette condition lorsque l'on fait des injections de bile, ou bien lorsqu'un traumatisme quelconque a déterminé la rupture des hydatides dans un kyste en communication avec les voies biliaires. Mais il n'y a là rien de spécial à la bile. Les hydatides cessent de vivre dans d'autres circonstances, à la suite de la ponction simple, par exemple. Le fait le plus important, c'est la rupture d'un animal qui doit être intact pour continuer son existence. La pénétration de la bile dans une poche renfermant une hydatide, sans que le liquide parvienne dans l'intérieur même de la vésicule, n'amène pas fatalement la mort du parasite. Elle produit ce résultat, si elle arrive en grande abondance et sans pouvoir s'écouler avec facilité, de telle manière que le ver vésiculaire soit comprimé. En dehors de cette circonstance, la bile peut n'avoir aucune action. L'absence d'adhérences, entre la surface externe de l'hydatide et la poche fibreuse qui la renferme, explique bien comment un liquide tel que la bile peut traverser la poche fibreuse sans perforer son contenu et sans le comprimer. En outre, la membrane vésiculaire, qui est constituée par un si grand nombre de lamelles, semble être une membrane protectrice mettant à l'abri de l'action chimique de la bile la membrane granuleuse et le liquide.

Il n'est pas sûr que, dans tous les cas, la bile affluant

dans le kyste puisse pousser la vésicule en voie de développement. Quelquefois, en effet, la bile qui pénètre dans le kyste, pouvant passer entre la membrane vésiculaire et la paroi fibreuse, n'a pas de tendance à s'accumuler et sort par un conduit biliaire sans pouvoir entraîner l'hydatide.

On a trouvé des tumeurs hydatiques du foie traversées depuis longtemps par la bile, sans que toutes les vésicules qui y étaient contenues fussent détruites. Dans un cas de Saussier (1), rapporté par Davaine (2), on a trouvé trois tumeurs hydatiques volumineuses, communiquant avec les conduits biliaires intra-hépatiques. Mais les vésicules hydatiques étaient entourées d'une coque de matière biliaire, concrète, brune, facile à écraser avec les doigts, et la même matière biliaire formait un revêtement à la face interne de la paroi fibreuse de chacune de ces tumeurs. Ce dépôt de matière biliaire indiquait que la communication avec les voies biliaires était très ancienne. Il y avait, dans les tumeurs, du pus très liquide, et cependant certaines des vésicules renfermaient une sérosité transparente et étaient peut-être intactes.

Les auteurs qui croient que la pénétration de la bile dans un kyste hydatique est nécessairement fatale au parasite, donnent pour preuve de leur opinion que, dans ces cas, on trouve souvent les hydatides rompues, vides et fortement teintées par la bile. Cruveilhier croyait que le contact prolongé de la bile avait pour conséquence non seulement la mort de l'hydatide, mais encore la suppuration du kyste. C'est de là que'st venue l'idée d'injecter de la bile dans les

(1) In F. M. Barrier. De la tumeur hydatique du foie. Thèse de Paris, 1840, p. 22.

(2) Davaine. Ouvrage cité, p. 494.

kystes hydatiques pour en amener la guérison. Ici il faut distinguer. La ponction simple peut procurer la guérison de la tumeur, tout comme les injections de bile. Mais la bile, au lieu de produire la suppuration, paraît, au contraire, l'empêcher dans une certaine mesure, parce qu'elle joue le rôle d'un agent antiseptique.

Les cas dans lesquels on trouve les tumeurs hydatiques pleines d'un mélange de bile et de pus, prouvent seulement que ce pouvoir antiseptique n'a pas été suffisant pour empêcher la production du pus. Dans le cas présenté à la Société anatomique par Auguste Voisin (1), un kyste hydatique uniloculaire de la surface convexe du foie avait été traité par les injections de bile. Eh bien ! la suppuration de la tumeur ne commença qu'à la suite d'une injection d'eau tiède qu'on avait faite, parce qu'on manquait de bile. D'ailleurs, Davaine a examiné une tumeur hydatique du foie communiquant avec les conduits biliaires, et il n'a pas trouvé de corpuscules de pus dans les matières fortement colorées en jaune qu'elle contenait. La vraie cause de mort des hydatides, à part la compression et les traumatismes, c'est que leur existence est limitée. La bile, déversée dans le kyste, peut empêcher la suppuration et contribuer à pousser dans les canaux biliaires les vésicules rompues et flétries.

Quant au grand nombre des canaux biliaires en communication avec la cavité d'une tumeur hydatique, on pourrait l'expliquer, dans certains cas où les orifices de communication sont peu nombreux, par le développement d'une hydatide au niveau des divisions des canalicules biliaires et de leurs nombreuses anastomoses.

(1) Auguste Voisin. Bulletins de la Société anatomique de Paris. Année 1857, p. 132.

Murchison (1) cite une observation du Dr Dickinson (2) concernant une hydatide développée dans le canal hépatique droit. Friedreich regarde cette singulière tumeur, que l'on désigne sous le nom d'échinocoque multiloculaire, comme le résultat du développement de nombreuses hydatides dans les voies biliaires. Mais ce n'est qu'une hypothèse, et la nature de cette tumeur du foie n'est pas bien connue.

Il est donc permis d'admettre la possibilité du développement des hydatides dans les canaux biliaires, mais on doit la considérer comme extrêmement rare. Dans ce cas, la communication n'a pas besoin d'être établie, elle existe dès le début.

La communication d'un kyste hydatique du foie avec les voies biliaires s'établit ordinairement par suite de l'ulcération des parois. Les canaux biliaires, qui sont en rapport avec la paroi du kyste, s'amincissent peu à peu, ainsi que la paroi elle-même, et le processus aboutit à la perforation.

Quelquefois, au contraire, le kyste s'enflamme, son contenu devient purulent, la poche se ramollit en un point de sa paroi, ainsi que le canal biliaire voisin, et la communication s'établit, par suite d'une rupture des tissus ramollis.

Dans d'autres cas enfin, il peut se former, entre la paroi kystique et un canal biliaire plus ou moins volumineux, un abcès qui s'ouvre d'une part dans le kyste, d'autre part dans le conduit biliaire.

Quels que soient son mécanisme et sa nature, cette communication est souvent multiple et se présente, tantôt sous la forme d'orifices, tantôt sous la forme de canaux.

(1) Leçons cliniques sur les maladies du foie. Trad. Jules Cyr, p. 66. Note.
(2) Dickinson. Pathol. Transact., t. XIII p. 104.

Lorsqu'il n'existe qu'un seul orifice ou canal de communication, cet orifice ou ce canal sert à la fois, à laisser passer la bile qui arrive dans la tumeur, et le contenu qui va parcourir les voies biliaires. Lorsqu'il existe plusieurs orifices ou canaux de communication, un ou deux seulement servent à l'élimination du kyste hydatique, les autres font communiquer la poche avec les canaux biliaires intra-hépatiques qui apportent la bile dans sa cavité.

Lorsqu'il existe à la fois des orifices laissant écouler la bile dans le kyste, et un orifice ou un canal permettant à la bile de rentrer dans les voies biliaires, il peut arriver que la bile ne s'accumule pas dans la tumeur, et puisse s'échapper en cheminant entre la paroi fibreuse et la membrane vésiculaire. Cet état dure plus ou moins longtemps, jusqu'à ce que la bile s'accumulant dans la poche, détermine la compression de la vésicule hydatique, ou bien, jusqu'à la mort naturelle du parasite.

Dans les cas où il n'existe qu'une seule communication avec les voies biliaires, il est évident, que la bile qui entre dans le kyste, n'étant pas facilement eliminée, peut s'accumuler et comprimer le ver vésiculaire. Enfin, lorsque la communication avec les voies biliaires est le résultat d'une suppuration de la tumeur hydatique, l'élimination commence assez souvent en même temps que la perforation.

Le premier phénomène de l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires, élimination bien décrite par Davaine, c'est la rupture de la vésicule mère. Le liquide contenu dans cette vésicule traverse les canaux biliaires pour arriver dans l'intestin. En même temps ou plus tard, les vésicules filles s'engagent les unes après les autres et à intervalles variables dans l'orifice ou le canal qui établit la communication, et continuent à pro-

gresser dans les canaux excréteurs de la bile pour arriver dans le duodénum.

En parcourant les canaux biliaires les vésicules s'allongent, de manière à diminuer leur volume. C'est ce qui explique pourquoi des vésicules peuvent traverser des orifices ou des canaux plus étroits qu'elles.

Quand elles sont d'un certain volume, elles ne progressent que poussées par le liquide qui s'accumule derrière elles. La pression subie et transmise par le liquide accumulé est exercée surtout par la rétraction de la poche fibreuse qui tend à revenir sur elle-même, et par les contractions de la vésicule biliaire remplie de liquide. En progressant ainsi, les hydatides dilatent de plus en plus les canaux excréteurs de la bile.

Lorsque cette dilatation est parvenue à un certain degré, la vésicule mère rompue et flétrie s'engage, soit fragmentée, soit entière, dans les canaux biliaires et, poussée par le liquide dont elle empèche l'écoulement, produit une dilatation de plus en plus considérable des canaux excréteurs de la bile, et peut ainsi parvenir jusque dans le duodénum. L'élimination de la tumeur hydatique est alors complète.

La guérison peut être la conséquence de cette élimination, la poche revient sur elle-même, sa cavité s'amoindrit de plus en plus et finit même par s'oblitérer. Mais, malheureusement, la guérison est rare, même dans les cas où l'élimination a été complète; la migration des hydatides à travers les voies biliaires a déterminé souvent des lésions du foie telles, que la mort survient plus ou moins rapidement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

A l'autopsie des malades qui ont succombé, par le fait de l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires, on trouve des lésions multiples du foie, de l'appareil excréteur de la bile et aussi des autres organes.

Parmi les lésions du foie, certaines sont dues au développement même de la tumeur hydatique, les autres à la migration des hydatides. En se développant dans le foie, le kyste hydatique refoule autour de lui le tissu hépatique dont les éléments anatomiques sont comprimés. Cette compression a pour résultat le développement d'une inflammation le plus souvent chronique. Rarement, il y a hépatite aiguë, et formation d'abcès autour de la tumeur; dans la plupart des cas, il s'agit d'une hépatite scléreuse. Le tissu conjonctif prolifère, dissocie les lobules, prend la place du tissu glandulaire. Les cellules hépatiques comprimées subissent la dégénérescence graisseuse. Les canaux biliaires les plus fins s'oblitèrent, après avoir subi une inflammation chronique. On trouve leurs vestiges au milieu du tissu conjonctif. Parfois ils persistent, mais alors leur paroi est sclérosée, et leur cavité renferme des cellules épithéliales altérées.

Lorsqu'un conduit biliaire d'un certain volume est comprimé, le cours de la bile dans ce conduit est arrêté et ce liquide s'accumule au-dessus de l'obstacle, produisant la dilatation des canaux qui le renferment. Le tissu hépatique, qui entoure ces canaux dilatés, peut subir les altérations que subit le foie, quand le canal cholédoque ou un autre conduit biliaire moins important est oblitéré.

En outre, la portion du conduit biliaire placée au-dessus du point comprimé, étant distendue par la bile, fait saillie et, par suite d'une inflammation plus ou moins rapide, se perfore. C'est par ce mécanisme, bien décrit par Davaine, que se produisent la plupart des orifices qui font communiquer les kystes hydatiques du foie avec les voies biliaires.. Ces lésions déterminent une consistance plus grande et une atrophie du tissu hépatique tout autour de la tumeur. Ce tissu a une coloration particulière. D'une manière générale, il est gris comme le tissu fibreux, et renferme quelques îlots d'une coloration jaunâtre ou verdâtre. Ce tissu, ainsi transformé par le processus inflammatoire, se continue sans ligne de démarcation bien sensible avec le tissu qui constitue la paroi du kyste hydatique. Quand on examine cette paroi, on la trouve constituée essentiellement par un tissu fibreux plus ou moins dur, et d'une épaisseur qui est d'autant plus grande que la tumeur est plus ancienne. Elle n'a pas toujours partout la même consistance ,et la même épaisseur ; parfois, elle a subi par places une infiltration calcaire, aussi trouve-t-on des zones plus épaisses et plus dures, et de véritables plaques calcaires. Toute la poche peut même subir une semblable transformation et constituer une véritable coque calcaire absolument rigide. On comprend que ces lésions ne soient pas favorables à la guérison. Si une grande étendue du foie a été détruite par l'inflammation scléreuse, la fonction de l'organe est notablement amoindrie. La compression et la transformation scléreuse des vaisseaux sanguins a pour conséquence une stase sanguine dans le système de la vein porte. La destruction des cellules hépatiques a pour résultat un trouble de la fonction glycogénique du foie et une diminution de l'urée.

Lorsque la paroi kystique est rigide, la poche ne revient pas sur elle-même. Cependant, si elle est peu volumineuse, sa cavité peut être comblée par une substance d'aspect caséeux, et la guérison peut survenir, si l'état du foie le permet. La surface interne de la paroi kystique est rarement lisse et unie; le plus souvent, elle est irrégulière et anfractueuse. Les saillies et les dépressions sont plus ou moins marquées, leur coloration est généralement grisâtre ou verdâtre. Quelques-unes de ces saillies ont un aspect nacré. Les dépressions se terminent en grande partie en culs-de-sacs ; quelques-unes aboutissent à des orifices dont l'aspect et le volume sont très variables, et qui font communiquer la poche avec les canaux biliaires.

La plupart de ces orifices laissent écouler dans la cavité du kyste la bile apportée par les canaux biliaires ; ils sont ordinairement assez étroits ; leur forme est regulière ou irrégulière. Un ou deux orifices seulement livrent passage au contenu de la tumeur ; ils sont ordinairement assez larges, arrondis ou ovalaires, à bords fibreux, ordinairement réguliers, parfois au contraire un peu déchiquetés. Quelquefois leur diamètre est inférieur à celui des hydatides qui les ont traversés. Cette différence peut s'expliquer facilement : d'une part, les vésicules hydatiques peuvent s'allonger notablement pour traverser un orifice, ce qui diminue d'autant leur volume; d'autre part, quand l'élimination a pris fin, la rétraction de la poche et du tissu fibreux qui limite l'orifice contribue à en produire le rétrécissement. Enfin, parfois, les orifices sont de petit diamètre, mais sont encore dilatables. Souvent, les orifices qui ont livré passage à des hydatides, admettent un cathéter de gros calibre ou le petit doigt ; parfois, ils sont plus grands et peuvent atteindre le diamètre d'une pièce de

un franc. Dans le cas de Bouilly (observation IV), un orifice, large comme une pièce de cinq francs, faisait communiquer un kyste hydatique du foie avec la vésicule biliaire énormément distendue.

Quelquefois, ce n'est pas par de simples orifices, mais par de véritables canaux, que les kystes hydatiques du foie communiquent avec les voies biliaires. Ces canaux creusés au milieu de la substance hépatique, se forment de deux manières différentes. Dans certains cas, il s'est formé un abcès au voisinage de la paroi fibreuse de la tumeur, entre cette paroi et un conduit biliaire voisin. Cet abcès s'ouvre à la fois, simultanément ou successivement, dans le kyste et dans le conduit biliaire par perforation des parois. Dans d'autres cas, la tumeur hydatique se rompt ; son contenu s'épanche dans le tissu hépatique, et, ultérieurement, va déterminer la perforation d'un conduit biliaire voisin. Dans tous ces cas, le canal est constitué ; il est plus ou moins large, plus ou moins long et sinueux ; il est limité par des parois formées de tissu conjonctif épaissi ou de tissu hépatique sclérosé. La surface interne est inégale, hérissée de saillies recouvertes par places de fausses membranes flottantes, et présente des orifices par lesquels la bile s'écoule.

Ces orifices ou ces canaux peuvent faire communiquer les tumeurs hydatiques avec une partie quelconque de l'appareil excréteur de la bile.

Dans le cas de Bouilly (observation IV) et dans celui de Budd (1), un kyste hydatique du foie communiquait avec la vésicule biliaire. Dans l'observation de Bowman (2), une

(1) On diseases of the liver, p. 431. Rapporté par Davaine.
(2) Budd. Ouvrage cité, p. 431. Rapporté par Davaine.

tumeur hydatique du lobe droit du foie, très volumineuse et renfermant de nombreuses hydatides, communiquait, d'une part avec plusieurs conduits biliaires, d'autre part avec la vésicule biliaire par l'intermédiaire d'un orifice circulaire admettant une plume d oie. Dans la vésicule biliaire se trouvaient de nombreuses hydatides trop volumineuses pour pouvoir passer de nouveau par l'orifice de communication. Il n'y avait pas de dilatation des canaux biliaires.

Dans une observation de Murchison (1), un kyste hydatique énorme du lobe gauche du foie, renfermant un liquide vert, épais, fétide, et des fragments de vésicule hydatique, communiquait avec le canal cholédoque par une ouverture qui admettait un cathéter de gros calibre. Dans le cas de Lecourtois (observation III), il y avait communication du canal cholédoque, avec un kyste hydatique placé à côté de la vésicule biliaire. Murchison, dans son observation XXXIV (2), dit, qu'un kyste hydatique du lobe droit du foie communiquait avec le canal cholédoque. par l'intermédiaire d'un conduit biliaire considérablement dilaté. L'absence de détails plus complets conduit à penser qu'il s'agissait dans ce cas, soit d'une communication directe avec la branche droite du canal hépatique, soit de l'existence d'un canal en partie formé par un conduit biliaire de la face inférieure du foie, et en partie creusé dans des adhérences unissant le conduit biliaire au canal cholédoque. Il faudrait voir la pièce, déposée au musée de l'hôpital Middlesex, pour pouvoir apprécier exactement cette lésion.

(1) Murchison. Leçons cliniques sur les maladies du foie. Traduction J. Cyr. Observation XXXII, p. 114.

(2) Ouvrage cité, p. 118.

L'observation de Cadet de Gassicourt (1), rapportée par Davaine, concerne un cas de kyste hydatique ouvert dans le canal cholédoque. Bien que la tumeur ne fut pas développée dans le foie, cette observation doit cependant être citée dans ce travail. Le kyste était situé sur le trajet même du canal cholédoque, entre la vésicule et le canal cystique d'une part, et l'ouverture du canal cholédoque dans le duodénum d'autre part. A chacune des extrémités de la tumeur, se trouvait un orifice faisant communiquer sa cavité avec le canal cholédoque. La portion de ce canal, placée entre les deux orifices de communication, était en grande partie oblitérée. Si le contenu de la tumeur avait pu être éliminé en entier, et, si le malade avait guéri, la bile n'aurait pénétré dans l'intestin qu'après avoir traversé la poche, qui ainsi aurait remplacé la portion oblitérée du canal cholédoque.

Dans les leçons cliniques de Trousseau (2), se trouve une observation de kyste hydatique du lobe droit du foie communiquant avec le canal hépatique. Mais la poche présentait trois perforations : la première perforation s'ouvrait au-dessous du diaphragme, et il en résultait l'existence d'une cavité accidentelle située entre la face convexe du foie et la face inférieure du diaphragme, et circonscrite à la périphérie par des adhérences entre le foie et le diaphragme ; la deuxième perforation, dont l'orifice pouvait admettre l'index, communiquait avec le conduit hépatique, et, par ce dernier, débouchait dans le canal cholédoque ;

(1) Cadet de Gassicourt. Recherches sur la rupture des kystes hydatiques du foie à travers les parois abdominales et dans les organes voisins. Thèse de Paris, 1859, n° 50, p. 36.

(2) Trousseau. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, p. 282.

la troisième perforation faisait communiquer la cavité de la tumeur hydatique avec la cavité de la plèvre.

Dans l'observation de Saussier (1), sont mentionnées trois tumeurs hydatiques du foie, qui communiquaient avec le canal hépatique chacune par un canal spécial. La nature de ces canaux spéciaux n'est pas suffisamment déterminée.

Dans le cas de MM. Hayem et Graux (observation VII), une tumeur hydatique du lobe droit du foie communiquait avec la branche droite du canal hépatique, par un orifice fibreux résistant. Dans l'observation de M. Charcot (2), rapportée par Davaine, on voit un kyste hydatique du lobe gauche du foie, ouvert dans l'arrière cavité des épiploons, et communiquant avec la branche droite du canal hépatique par deux orifices d'un centimètre de diamètre et dilatables.

Dans le cas de de Font-Réaulx (observation II), un kyste hydatique, en forme de sablier, communiquait par une perforation avec la branche droite du canal hépatique à un centimètre de la bifurcation. Au contraire, dans le cas de Sevestre (observation VI), et dans celui que j'ai observé dans le service de M. Millard (observation XII), il y avait communication de la tumeur avec la branche gauche du canal hépatique.

La communication des kystes hydatiques du foie avec le canal cystique est une des plus rares. On en trouve un exemple dans l'observation de Leroux (3).

(1) In F. M. Barrier. De la tumeur hydatique du foie. Thèse de Paris, 1840. Rapportée par Davaine. Ouvrage cité, p. 494.

(2) Charcot. Comptes rendus de la Société de biologie, 1854, p. 99.

(3) Davaine. Ouvrage cité, p. 492.

Dans ce cas, il y avait plusieurs kystes hydatiques dans le foie, et on ne put parvenir à découvrir l'orifice du canal cystique, dont le liquide s'échappait par une communication établie entre ce conduit et un foyer purulent (kyste hydatique très probablement), formé dans la substance du grand lobe du foie.

Dans le cas de Butruille et Vinache (observation VIII), un kyste énorme du lobe droit du foie communiquait avec les conduits biliaires intra hépatiques. On trouva la même disposition dans deux autres cas, l'un de Murchison (1), l'autre de Laënnec (2).

La surface interne du kyste est recouverte parfois par une couche de matière biliaire, brune, concrète, facile à écraser, se réduisant en poudre quand elle est desséchée. Elle est ordinairement irrégulière et anfractueuse, hérissée de saillies de forme variable. creusée de dépressions plus ou moins larges. Les dépressions conduisent, non seulement dans des conduits biliaires déversant la bile dans la poche, mais encore parfois dans des veines (branches de la veine porte ou des veines sus hépatiques). Quelquefois certaines dépressions conduisent dans des canalicules biliaires, terminés en cul-de sac, ne fournissant pas de bile, et pouvant contenir des débris de membranes vésiculaires, ou de petites vésicules hydatiques entières. Dans le cas de MM. Hayem et Graux, la surface interne de la paroi kystique avait une disposition telle, qu'elle avait l'aspect d'une vessie à cellules (observation VII).

Les saillies sont quelquefois disposées de telle manière,

(1) Murchison. Ouvrage cité. Observation XXXIII, p. 116.

(2) Laennec. Mémoire sur les vers vésiculaires, 1803. Obs. III, p, 120. Rapporté par Davaine. Ouvrage cité, p. 492.

que la surface interne de la poche a un aspect réticulé; dans d'autres cas, elles ont la forme de colonnes fibreuses, irrégulièrement entrecroisées dans tous les sens, comme les colonnes charnues des cavités cardiaques.

La cavité de la poche est quelquefois traversée par des brides d'aspect fibreux, allant d'un point de la paroi à un autre point peu éloigné du premier. Ce sont des canaux biliaires oblitérés en grande partie, qui ont persisté au milieu du tissu hépatique détruit par l'inflammation et la rupture de la tumeur hydatique. Dans ces cas, la paroi fibreuse est incomplète, détruite en divers points plus ou moins nombreux par la marche du processus inflammatoire. Ces zones détruites sont celles où l'on trouve les canaux biliaires persistant sous la forme de brides fibreuses ou bien sous celle de tractus fibreux saillants, se dirigeant vers le hile du foie, tout en conservant leur disposition arborescente

Le contenu de la tumeur hydatique est très variable. Si les hydatides ont été complètement poussées dans les voies biliaires, on ne trouve plus qu'un liquide purulent, coloré en jaune verdâtre ou brunâtre, dans lequel on rencontre des cristaux de cholestérine et d'hématoïdine. Si, au contraire, une partie seulement des hydatides contenues dans le kyste a été expulsée, on trouve au milieu du liquide purulent, des vésicules parfois intactes, souvent rompues et flétries, plus ou moins colorées par la bile. Quelquefois même, une membrane vésiculaire est encore engagée dans l'orifice ou le canal de communication, se prolongeant plus ou moins loin dans les voies biliaires. L'on surprend ainsi la tumeur en voie d'élimination. Lorsque c'est la membrane vésiculaire la plus volumineuse, la vésicule mère rompue et flétrie, qui est engagée dans l'orifice de commu-

nication, la poche ne contient plus d'autre membrane vésiculaire que cette portion qui fait encore saillie dans la cavité.

Dans le cas de Sevestre (observation VI), un kyste énorme du foie renfermait une membrane hydatique, engagée par un orifice dans la branche gauche du canal hépatique. Cette membrane se prolongeait dans le canal cholédoque, qui était gros comme un crayon, et s'arrêtait au niveau de l'orifice duodénal. On trouve encore dans cette observation une preuve remarquable de l'action qu'exercent les tumeurs hydatiques sur les conduits biliaires voisins. En effet, de la perforation, située près de la bifurcation du canal hépatique, on pouvait suivre la branche gauche dans la paroi du kyste, sur une longueur de 8 centimètres. Là, cette branche du canal hépatique était aplatie, et ses parois se confondaient. Evidemment, la compression exercée par la tumeur avait déterminé le développement d'une inflammation adhésive qui avait eu pour résultat l'oblitération.

Dans l'observation de Charcellay (1), rapportée par Davaine, on avait trouvé dans le kyste hydatique du foie une membrane hydatique engagée en partie, par un prolongement d'un pouce et demi de long, dans un conduit biliaire, à peu de distance de la racine gauche du canal hépatique. Une autre membrane, de deux pouces et demi de long, occupait les trois quarts inférieurs du canal cholédoque dilaté.

Lorsque le contenu solide de la tumeur hydatique a été complètement éliminé à travers les voies biliaires, on ne trouve des débris des vers vésiculaires, ni dans la poche

(1) Charcellay. Bulletins de la Société anatomique de Paris, 1836, p. 317.

fibreuse, ni dans l'appareil excréteur de la bile. Mais alors, les conduits biliaires sont plus ou moins dilatés, en totalité ou en partie, et renferment un liquide trouble, purulent, vert jaune ou brunâtre, en tout semblable à celui que contient la tumeur elle-même. La dilatation est la conséquence de la migration des vésicules hydatiques entières ou rompues. On comprend très facilement que des vésicules très petites ou très souples puissent traverser les canaux biliaires sans les dilater ; mais les vésicules quelque peu volumineuses déterminent par leur passage une certaine dilatation. Celles qui sont plus grosses s'arrêtent en un point quelconque de l'appareil biliaire. Le liquide qui provient de la tumeur, et la bile sécrétée par le foie, s'accumulent au-dessus de l'obstacle, et produisent une dilatation, d'autant plus grande que l'obstruction a duré plus longtemps. La pression du liquide, déterminée en grande partie par la rétraction de la poche fibreuse et les contractions de la vésicule biliaire, pousse de plus en plus le bouchon parasitaire vers l'intestin.

Ces phénomènes, très comparables à ceux que produit la migration des calculs biliaires, se reproduisant à plusieurs reprises, ont pour résultat, lorsque l'élimination est terminée, une dilatation souvent considérable des voies biliaires.

Dans les cas, malheureusement trop rares, qui se terminent par la guérison, les vésicules sont complètement évacuées au dehors avec les matières fécales.

Souvent, les malades meurent avant que l'élimination soit terminée. On peut alors ne trouver les vers vésiculaires, ou leurs débris, que dans l'intestin. Les canaux biliaires dilatés laissent passer souvent le petit doigt, parfois l'index et même le pouce. Il est probable qu'ils peuvent subir

une dilatation plus considérable encore. La vésicule biliaire participe souvent à cette augmentation de volume ; elle est alors dilatée et ses parois sont épaissies ; quelquefois au contraire elle est normale. Dans certains cas elle est diminuée de volume, ses parois atrophiées ayant subi une inflammation sclereuse (cholécystite scléreuse). Elle peut même être transformée en une poche calcaire. L'ampoule de Vater est souvent aussi dilatée et son orifice duodénal est plus large qu'à l'état normal.

Dans le cas que j'ai observé dans le service de M. Millard (observation XII), l'hydatide mère rompue a été trouvée dans le duodénum ; la cavité du kyste ne renfermait pas de débris de membrane hydatique ; le canal cystique et la vésicule biliaire étaient normaux ; le canal hépatique et le canal cholédoque étaient suffisamment dilatés pour admettre l'index ; l'orifice de l'ampoule de Vater laissait passer la pulpe du doigt ; la cavité de la tumeur communiquait avec la branche gauche du canal hépatique, également dilatée, par l'intermédiaire d'un large canal, qui laissait passer le pouce, et dont les parois étaient irrégulières et anfractueuses.

Ces débris d'hydatides peuvent-ils, en s'accumulant en un point quelconque, déterminer une obstruction intestinale? On n'a peut-être jamais observé pareil accident, mais aucune raison ne peut empêcher d'en admettre la possibilité.

La communication d'un kyste hydatique du foie avec l'intestin par l'intermédiaire des canaux biliaires dilatés permet-elle le passage des gaz de l'intestin dans la cavité de la tumeur? M. Peter, dans l'observation déjà citée des leçons cliniques de Trousseau (v. page 26), admet cette possibilité. Il attribue, en grande partie, la mauvaise odeur

qu'exhale généralement le contenu des tumeurs hydatiques en communication avec les voies biliaires, à la pénétration des gaz intestinaux dans la cavité de ces tumeurs. Cependant, la situation des kystes hydatiques du foie dans la cavité abdominale, et le voisinage de l'intestin, expliquent suffisamment cette odeur stercorale. Il est probable que les gaz intestinaux ne peuvent pénétrer dans les tumeurs hydatiques par cette voie, que dans des cas très rares. Quand un kyste du foie s'ouvre directement dans l'intestin par perforation, les gaz intestinaux peuvent arriver plus facilement dans sa cavité. Nous verrons plus loin que cette pénétration des gaz intestinaux, marquée par l'augmentation du volume de la tumeur, par sa sonorité à la percussion, est un bon moyen de reconnaître cet accident, presque toujours, sinon toujours, favorable.

Lorsque l'élimination des tumeurs hydatiques n'a pas été complète, on peut ne pas trouver de vésicules, ni de membranes vésiculaires dans les voies biliaires. Dans quelques cas, les vésicules contenues dans le kyste se sont rompues, et la partie liquide seule a traversé l'appareil excréteur de la bile ; il est évident qu'alors, il n'y aura pas de dilatation (observation de Bowman, citée page 24). Dans d'autres cas, les membranes vésiculaires ou les vésicules engagées dans les voies biliaires les ont parcourues en entier, et ont pu parvenir jusque dans l'intestin ; dans ces cas, bien que la tumeur renferme encore des vers vésiculaires ou leurs débris, on n'en trouve pas trace dans les canaux biliaires qui peuvent être normaux ou dilatés.

Souvent, les voies biliaires renferment une plus ou moins grande quantité de vésicules hydatiques intactes ou de membranes vésiculaires colorées en jaune ou jaune vert par la bile, et encore très reconnaissables à leurs caractères

spéciaux. Quelquefois même, la vésicule mère rompue est arrêtée en un point quelconque de l'appareil excréteur de la bile. Cette migration de la vésicule mère étant le dernier acte de l'élimination, on ne trouve plus alors dans le kyste qu'un liquide purulent plus ou moins coloré par la bile, au milieu duquel nagent parfois des débris de forme variable appartenant à la paroi de la poche, ou bien, des fausses membranes infiltrées de pus.

L'arrêt des vésicules ou des débris des membranes vésiculaires dans les canaux biliaires a pour conséquence l'obstruction de ces canaux, la rétention de la bile, des lésions nombreuses et étendues de l'appareil excréteur de la bile et du tissu hépatique.

L'obstruction produit des résultats qui varient suivant son siège. Si le bouchon parasitaire est placé à l'extrémité inférieure du canal cholédoque, ou au niveau de l'ampoule de Vater, la bile et les liquides fournis par la tumeur ne peuvent plus s'écouler dans l'intestin, et s'accumulent au-dessus de l'obstacle. Cette rétention de liquides a pour résultat une dilatation de l'appareil biliaire, d'autant plus considérable qu'elle est plus ancienne.

Dans l'observation XXXII de l'ouvrage de Murchison, citée plus haut (voy. page 25), on trouva l'orifice du canal cholédoque assez dilaté pour y introduire une plume d'oie, mais obstrué par une grosse vésicule hydatique refoulée en partie dans le duodénum. La portion du canal comprise, entre le duodénum et l'ouverture interne du kyste, était distendue par des vésicules hydatiques.

Les canaux hépatiques étaient également très dilatés. A la suite de cette observation (1), on lit la note suivante :

(1) Murchison. Ouvrage cité, p. 116.

« Au musée de l'hôpital Saint-Barthélemy, est un spécimen de tumeur hydatique du lobe droit du foie, s'ouvrant dans le canal cholédoque qui est obturé par des hydatides, dont une pénètre dans le duodénum à travers l'orifice du canal. »

Dans un autre cas de Murchison (1), un amas considérable de membranes hydatiques obturait la terminaison du canal cholédoque, et faisait saillie en partie dans le duodénum. Les canaux cholédoque, cystique et hépatique, étaient tous considérablement dilatés, et, dans l'intérieur du foie, les conduits biliaires étaient aussi dilatés, de manière à présenter des cavités analogues à des cavités kystiques, remplies d'un liquide opaque couleur orange. La vésicule biliaire renfermait trois calculs et quelques petites hydatides.

Dans l'observation de Charcellay (2), les trois quarts inférieurs du canal cholédoque étaient obstrués par une longue membrane hydatique. De plus, le canal pancréatique était assez dilaté. Cette dernière lésion mérite d'être citée ; elle a été rarement observée.

Dans le cas de Lecourtois (observation III), un kyste hydatique du foie, placé à côté de la vésicule biliaire, communiquait avec le canal cholédoque obstrué par des hydatides. L'ampoule de Vater était allongée à la suite de la distension du canal cholédoque par un bouchon gélatineux en apparence, mais constitué par une membrane hydatique.

Dans l'observation de M. Charcot, il s'agissait, ainsi

(1) Murchison. Ouvrage cité. Obs. XXXIII, p. 116.

(2) Charcellay. Bulletins de la Société anatomique de Paris, 1836, p. 317. Rapportée par Davaine.

qu'il a été dit plus haut (v. page 27), d'un kyste hydatique du lobe gauche du foie ouvert dans l'arrière-cavité des épiploons, et communiquant avec la branche droite du canal hépatique par deux orifices encore dilatables. Le canal cholédoque et la branche droite du canal hépatique étaient dilatés et remplis de vésicules hydatiques ; la branche gauche, au contraire, était distendue par de la bile altérée.

L'orifice duodénal du canal cholédoque n'était pas dilaté, le canal cystique était tout à fait aplati, par suite de la compression exercée sur lui par le canal cholédoque distendu. La vésicule biliaire n'était pas plus volumineuse qu'à l'état normal ; elle était pleine d'une bile épaisse, d'un noir vert, beaucoup plus foncé que celle qui imprégnait les membranes vésiculaires. On ne trouva des hydatides, ni dans l'intestin, ni dans le kyste, ni enfin dans la cavité péritonéale. Il est probable que le liquide de la tumeur était seul arrivé dans l'intestin. Toutefois il est permis d'admettre que de petites vésicules, ou de petits débris de vésicules, ont pu passer dans l'intestin en traversant l'orifice de l'ampoule de Vater. Davaine fait remarquer, avec raison, que la distension de la tumeur par la bile, accumulée derrière le bouchon parasitaire, avait été la cause de la rupture ; que, si cette poche eût résisté plus longtemps, les débris des vers vésiculaires, qui avaient déjà parcouru un long trajet dans les canaux hépatiques dilatés, eussent été évacués dans l'intestin, comme des calculs biliaires, et que la guérison en eût été sans doute la suite. En effet, on avait noté que le foie était seulement aplati et ne présentait aucune altération de texture.

On voit, par ces exemples, que lorsque le bouchon de membranes vésiculaires traverse l'orifice même de l'ampoule de Vater, toutes les parties de l'appareil excréteur de

la bile peuvent être dilatées. Le résultat est le même que dans les cas d'élimination complète de la tumeur hydatique. Si les débris des vers vésiculaires ou les vésicules intactes n'arrivent pas jusqu'à l'extrémité inférieure du canal cholédoque, l'orifice de l'ampoule de Vater peut avoir ses dimensions normales. Mais cette obstruction du canal cholédoque peut avoir pour conséquence, une dilatation de toute la partie de l'appareil biliaire située au-dessus de l'obstacle.

Tous les canaux biliaires peuvent être dilatés, aussi bien ceux qui sont en dehors du foie, que ceux qui cheminent dans l'épaisseur du parenchyme hépatique. Les gros canaux, le canal hépatique et ses deux branches, ont souvent le volume du petit doigt ; parfois ils peuvent admettre l'index ou même le pouce. Les canaux intra-hépatiques sont moins volumineux, mais quelquefois ils sont assez dilatés pour admettre le petit doigt. Lorsque la dilatation de l'appareil biliaire est générale, le foie est transformé en un organe parcouru en tous sens par des canaux. séparés les uns des autres par le parenchyme hépatique atrophié. On peut croire alors que le foie est transformé en une sorte de corps caverneux.

La vésicule biliaire peut prendre part à cette dilatation, et former une tumeur distincte du foie, plus ou moins volumineuse. Dans le cas de de Font-Réaulx (observation II), la vésicule biliaire était énorme, très allongée, et remontait sur la face supérieure du foie jusqu'au centre du lobe droit.

Quelquefois, cependant, bien qu'il existe une dilatation générale des canaux biliaires intra et extra-hépatiques, le réservoir de la bile a son volume normal. C'est là un phénomène difficile à expliquer, s'il n'y a pas oblitération du

canal cystique, et cependant, on sait que, lorsque le canal cystique est oblitéré, la vésicule biliaire peut former une tumeur volumineuse remplie d'un liquide, non constitué par de la bile, mais limpide et sécreté par la muqueuse (hydropisie de la vésicule biliaire). On trouv [illegible] a vésicule biliaire normale ou dilatée, tantôt une bile verte ou brunâtre plus ou moins foncée, tantôt un liquide en tout semblable à celui que renferme la tumeur. Dans le liquide nagent quelquefois des vésicules hydatiques intactes ou des débris membraneux. On peut trouver aussi dans la vésicule biliaire des hydatides et des calculs biliaires. Dans le cas de de Font-Reaulx (observation II), il y avait dans le réservoir de la bile trois calculs biliaires et pas d'hydatides.

Quel que soit le siège de l'obstruction, les canaux biliaires situés au-dessus de l'obstacle sont plus ou moins dilatés, tandis que ceux qui sont placés au-dessous peuvent avoir leur volume normal. Si le canal hépatique est oblitéré, la dilatation des canaux hépatiques pourra être générale, la vésicule biliaire et le canal cystique garderont leur forme normale. Si l'obstruction siège sur l'une des branches de bifurcation du canal hépatique ou sur des conduits biliaires de moindre importance, la dilatation sera limitée au département du rameau oblitéré.

Le degré de rétention biliaire dépend de la situation qu'occupe le bouchon parasitaire. Si l'obstacle siège dans le canal cholédoque ou le canal hépatique, la rétention biliaire est complète. Si, au contraire, il siège sur l'une des branches du canal hépatique ou sur un conduit biliaire intrahépatique, une partie de la bile sécrétée par le foie pourra parvenir jusque dans l'intestin. Il n'y aura pas de retention de la bile si c'est le conduit cystique qui est oblitéré,

à moins que la tumeur ne comprime les gros canaux excréteurs.

Lorsqu'il y a communication entre le kyste hydatique et la vésicule biliaire, on peut trouver une dilatation du réservoir de la bile. Cette dilatation est surtout marquée si l'orifice de communication est large et si le canal cystique est oblitéré.

L'oblitération du oanal cystiquc peut être la conséquence d'une inflammation adhésive. On trouve un exemple remarquable de cette oblitération dans l'observation de Leroux déjà citée (voy. p. 27). Dans certains cas, c'est une vésicule hydatique qui s'arrête dans le canal cystique et l'obstrue. Par exemple, dans le cas de MM. Hayem et Graux (obs. VII), le canal cystique était oblitéré par une vésicule qui s'y était engagée après avoir parcouru le canal hépatique.

Quel que soit le mode d'obstruction du canal cystique, le contenu de la tumeur hydatique, ne pouvant pas s'écouler dans le canal cholédoque, s'accumule dans la vésicule biliaire, qui se distend de plus en plus. Dans le cas de Bouilly (obs. IV), la vésicule biliaire était devenue tellement volumineuse qu'elle remplissait presque complètement l'abdomen, que l'on avait cru que le liquide retiré par les ponctions provenait de la cavité abdominale et qu'il s'agissait d'un épanchement enkysté du péritoine. Le canal cystique était oblitéré, et l'orifice qui faisait communiquer la cavité du kyste hydatique du foie et la vésicule biliaire avait les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Lorsqu'un kyste hydatique du foie communique avec la vésicule biliaire, on trouve des hydatides dans cette vésicule. On en trouve même parfois sans que pareille communication existe. Il est évident qu'elles ont dû passer par le

canal cystique. Leur volume est quelquefois tel qu'il faut admettre qu'elles ont traversé le canal cystique alors qu'elles étaient moins grosses, et qu'elles ont continué à se développer dans la vésicule biliaire. En effet, si les vésicules hydatiques peuvent s'allonger beaucoup pour traverser les canaux biliaires, il est évident que cet allongement a des limites. En outre, le canal cystique normal est très étroit et muni de valvules mettant encore obstacle à pareille progression. Dans l'observation de Laënnec (1) rapportée par Davaine, le canal cystique était normal, et cependant les hydatides renfermées dans la vésicule biliaire avaient 1 pouce de diamètre On ne peut dans ce cas expliquer la présence des hydatides dans la vésicule biliaire que par le développement des parasites dans le réservoir de la bile, ou bien par la migration des hydatides à une époque où elles étaient moins volumineuses.

La première hypothèse prouverait la possibilité du développement des hydatides dans une cavité muqueuse; la seconde montrerait, tout au moins, que l'action de la bile sur des vésicules hydatiques intactes n'est pas aussi nuisible qu'on a voulu le dire.

Les phénomènes de dilatation, qui sont la conséquence de l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers l'appareil excréteur de la bile, sont très analogues à ceux que produit la migration des calculs biliaires.

Comme dans les cas d'obstruction calculeuse, les diverses portions de l'appareil biliaire subissent des lésions inflammatoires aiguës ou chroniques. Seulement, tandis que dans la lithiase biliaire la rétention de la bile produit fréquemment une angiocholite chronique, l'élimination des

(1) Laennec. Mémoire sur les vers vésiculaires, 1804. Obs. III, p. 130.

hydatides, au contraire, produit le plus souvent une angiocholite aiguë et purulente. La raison de cette différence se trouve dans ce fait que dans le premier cas la bile seule exerce son action sur les canaux biliaires, et que dans le second cas il faut ajouter à l'action de la bile l'influence du contenu de la tumeur hydatique. L'angiocholite chronique généralisée peut être observée, mais ordinairement elle est limitée à une portion du foie, et le reste de la glande est le siège d'une angiocholite suppurée. On peut admettre que cette angiocholite chronique limitée préexiste à la communication du kyste hydatique avec les voies biliaires, qu'elle est le résultat d'une compression exercée par la tumeur sur un conduit biliaire et de l'action seule de la bile. Cette inflammation chronique des voies biliaires ne diffère pas essentiellement de celle qui est la conséquence d'une obstruction calculeuse. Dans les canaux extra-hépatiques, la muqueuse est épaissie, son épithélium change d'aspect et se détache du chorion, qui est infiltré de leucocytes. L'inflammation ne reste pas limitée à la muqueuse, mais s'étend à la paroi fibro-musculaire, qui s'épaissit et devient plus consistante.

Cette lésion inflammatoire chronique peut s'étendre à la vésicule biliaire et déterminer l'atrophie avec épaississement des parois (cholécystite scléreuse). On retrouve cette lésion dans les canaux biliaires; seulement, l'inflammation s'étend au tissu conjonctif voisin. Cette inflammation chronique des canaux biliaires intra-hépatiques, ajoutée à la dilatation, a pour conséquence des lésions du foie dont l'étendue est en rapport avec l'importance du conduit qui est le siège de l'obstruction.

Le foie n'est déformé que par les tumeurs hydatiques qu'il renferme et qui peuvent être nombreuses. L'étude de

ces déformations rentre dans la description générale des kystes hydatiques du foie, et ne peut pas figurer ici. La partie du foie atteinte par l'inflammation chronique devient d'abord plus volumineuse, mais plus tard elle reprend ses dimensions normales et même s'atrophie. Le tissu hépatique atrophié a une consistance dure et crie sous le scalpel quand on le coupe, sa coloration générale est d'un jaune clair, mais à la surface des coupes on distingue nettement quelques zones arrondies, grisâtres, très dures, comme fibreuses, placées au milieu d'un tissu jaune clair qui est moins induré. Quelquefois, au milieu du même tissu, on trouve de véritables bandes fibreuses plus ou moins larges. Il s'agit là évidemment d'une hépatite interstitielle qui doit rentrer dans le groupe que le professeur Charcot (1) désigne sous le nom de cirrhoses biliaires.

La paroi des canaux biliaires intra-hépatiques est épaissie, l'épithélium qui recouvre la muqueuse tombe au centre du canal, où il reste pendant longtemps sans subir d'altération bien nette, mais à la longue il finit par être détruit après avoir subi la dégénérescence granulo-graisseuse

Dans les zones et les bandes fibreuses on trouve des canalicules biliaires dont la cavité persiste, mais est remplie de cellules épithéliales altérées et de granulations graisseuses. On y trouve aussi des canalicules biliaires oblitérés par accolement des parois après la disparition de leur contenu. La couche profonde de la muqueuse, la tunique fibreuse sont infiltrées de leucocytes. Quelquefois l'inflammation reste quelque temps limitée aux conduits biliaires, sans s'étendre au tissu conjonctif voisin; mais souvent

(1) Charcot. Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins Paris, 1877.

l'angiocholite chronique est accompagnée de périangiocholite proliférative qui détermine la néoformation du tissu conjonctif interlobulaire. Les espaces interlobulaires s'agrandissent, parce que le tissu conjonctif devient plus abondant. En même temps, les canalicules biliaires deviennent plus nombreux et bourgeonnent vers l'intérieur des lobules, qu'ils dissocient. Les cellules hépatiques, comprimées et entourées de tissus enflammés, subissent en partie l'atrophie et la dégénérescence graisseuse. Quelquefois, autour des canaux biliaires se forment des lamelles de tissu presque fibreux disposées en couches concentriques. Cette inflammation péricanaliculaire peut s'étendre aux petits rameaux de la veine porte situés dans le voisinage. Ces rameaux veineux sont alors entourés d'une zone fibreuse. On peut trouver aussi, autour des conduits biliaires enflammés, de petits amas de leucocytes qui ne sont autre chose que de petits abcês à marche chronique. Dans d'autres cas, les canaux biliaires s'ulcèrent ou se rompent en certains points et la bile s'épanche dans le tissu hépatique (apoplexie biliaire). Nous avons vu plus haut que l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires produisait souvent une angiocholite aiguë, et qu'il fallait attribuer la fréquence de cet accident à l'action nocive du contenu de la tumeur mélangé au liquide biliaire.

Les conduits biliaires, dilatés et enflammés, sont remplis d'un pus jaune ou verdâtre. Leur dilatation n'est pas uniforme; elle est plus marquée en certains points où se forment des sortes d'ampoules que l'on peut prendre, après un examen superficiel, pour des abcès du foie. Mais, quand on ouvre ces dilatations ampullaires, on trouve sur leur paroi des orifices au niveau desques leur cavité se continue ma-

nifestement avec celle des canaux biliaires. De plus, l'examen microscopique démontre que cette paroi est bien celle d'un conduit biliaire.

Dans ces dilatations ampullaires on trouve quelquefois des vésicules hydatiques ou des débris de membranes vésiculaires qui ont subi une marche rétrograde. Dans les gros canaux biliaires, la muqueuse enflammée peut être infiltrée de pus et ulcérée; cette lésion est rare. La vésicule biliaire elle-même peut prendre part à cette inflammation aiguë (cholécystite suppurée).

Dans l'observation de Charcellay (1) rapportée par Davaine, la vésicule biliaire, distendue par de la bile verte et brunâtre assez consistante, avait des parois épaissies un peu injectées; la muqueuse était marquée en plusieurs endroits de taches vertes ou brunâtres étendues et de forme différente. Dans ces points la muqueuse était ramollie. En quelques points il y avait de véritables ulcérations. Cette lésion est rare; plus souvent la muqueuse de la vésicule biliaire est à peu près saine.

Les canaux biliaires peu volumineux, qui sont le siège d'une inflammation aiguë, ont leur paroi infiltrée de leucocytes. L'épithélium se détache, mais reste longtemps dans la cavité du conduit biliaire enflammé ; il finit par subir la dégénérescence granulo-graisseuse et disparaît. En même temps, à la périphérie du canal biliaire, se fait une infiltration de leucocytes ou de cellules embryonnaires sous la forme d'un amas qui s'agrandit en pénétrant dans la substance des lobules voisins. Les cellules hépatiques comprimées sont déformées et subissent la dégénérescence graisseuse, mais jamais il n'y a prolifération de ces cellules.

(1) Charcellay. Bulletins de la Soc. anat. de Paris, 1836, p. 317.

Le foie atteint d'angiocholite suppurée est plus volumineux qu'à l'état normal. A sa surface se voit un nombre plus ou moins grand de plaques ou de masses jaunes ou vertes de dimensions variables. Ce sont de petits abcès ou des canalicules biliaires dilatés. Le tissu hépatique est marbré de brun et de jaune; les lobules sont parfois très distincts; ils sont bruns au centre, jaunes à la périphérie.

En quelques points on trouve, dans certains cas, des îlots peu étendus uniformément colorés en rouge brun; ce sont des infiltrations de sang. A la surface de la coupe s'écoule un liquide épais constitué par du pus, de la bile altérée et des débris épithéliaux. Ce liquide s'écoule des conduits biliaires ouverts, à parois épaissies, et des abcès ouverts par la coupe. Les canaux biliaires dilatés peuvent former des dilatations variqueuses sillonnant le foie tout entier. Dans un cas (obs. X) est signalée une disposition spéciale de véritables cavernes formées par les canaux biliaires dilatés. Les abcès sont plus ou moins nombreux et de volume variable. Quelques-uns sont tellement petits qu'on ne les voit qu'à l'aide du microscope. Ces abcès se forment de deux manières différentes. Les uns sont la conséquence de la rupture d'un conduit biliaire ; le liquide bilio-purulent épanché dans le tissu hépatique constitue un abcès qui s'agrandit aux dépens des lobules voisins. Les autres abcès sont le résultat de l'inflammation péricanaliculaire.

Dans les deux cas qui ont été observés dans le service de M. Millard, l'examen histologique du foie a été fait. On trouvera, à la suite des observations XII et XIII. les notes que mon ami le Dr Brault a bien voulu me remettre à ce sujet. Je le remercie de son obligeance.

Ces diverses lésions du foie déterminent à la longue une compression des branches de la veine porte. De là un trou-

ble de la circulation intra-hépatique, une stase sanguine dans le système de la veine porte, de l'ascite, une tuméfaction variable de la rate et des hémorrhagies gastriques ou intestinales. Quelques auteurs ont attribué les hémorrhagies gastriques à l'existence d'ulcères de l'estomac. Cette hypothèse n'a pas été vérifiée.

La fonction glycogénique du foie peut être altérée. Le trouble de cette fonction produit par la ligature du canal cholédoque chez les animaux (Legg) doit faire admettre cette opinion.

On trouve parfois des abcès dans les autres organes, surtout dans les poumons. Dans le cas de mon ami le Dr Josias (obs. X), on trouva une méningite suppurée. Ces abcès ne présentent rien autre chose de particulier, sinon leur coloration jaune ou jaune verdâtre. D'ailleurs, tous les organes sont le plus souvent colorés par la bile.

Nous avons déjà vu, que certains des orifices que présente la surface interne des kystes hydatiques du foie, font communiquer leur cavité avec les veines voisines. Davaine (1) a examiné un kyste hydatique du foie dont la paroi était parcourue à sa face interne par un grand nombre de veines dilatées, comme variqueuses, entourées d'ecchymoses ou de suffusions sanguines assez larges. Il etait manifeste, que le moindre travail ulcératif eût suffi, pour mettre la cavité de la tumeur en communication avec les vaisseaux. Davaine pense que, si les rameaux veineux appartiennent à la veine porte, il doit en résulter un épanchement de sang, et que, si ces rameaux appartiennent aux veines sushépatiques, il doit en résulter la pénétration du contenu du kyste dans les vaisseaux et une phlébite. Dans

(1) Davaine. Ouvrage cité, p. 502.

le fait observé par Dolbeau, et à propos duquel Davaine fait ces réflexions, il est probable que les rameaux de la veine porte étaient seuls intéressés. Dans ce cas, en effet, il s'agissait d'un foie très volumineux, renfermant à peu près quarante kystes hydatiques. Dans ces poches se trouvaient de la bile et des concrétions biliaires. Une injection légère avait été poussée dans les vaisseaux du foie, et cette injection pénétrait dans les tumeurs. A la périphérie de chaque tumeur se voyaient des ramifications de la veine porte et de l'artère hépatique, ce qui expliquait suffisamment la présence du sang dans quelques-unes de ces tumeurs. Au contraire, dans le cas de Bowman rapporté par Davaine à la même page 502 de son Traité des entozoaires, un abcès (probablement un ancien kyste hydatique) communiquait avec une veine hépatique par une ouverture assez large pour y introduire un tuyau de plume d'oie. Il y avait du pus dans les veines hépatiques et des infarctus dans les poumons. Toutes les branches de la veine porte étaient saines. Ces exemples rendent l'opinion de Davaine très vraisemblable.

Dans le cas de Bowman, que nous venons de citer, la tumeur ouverte dans une veine sus-hépatique ne communiquait pas avec les voies biliaires. Mais dans l'observation de Charcellay, que nous avons déjà mentionnée pages 30, 35 et 44, l'un des deux kystes hydatiques trouvés dans le foie communiquait largement avec l'appareil biliaire et présentait, à la surface interne de sa paroi fibreuse, un très grand nombre d'ouvertures plus ou moins larges, qui, suivies avec soin, conduisaient, pour la plupart, dans des veines sus-hépatiques. A la coupe du foie, une assez grande quantité de pus jaunâtre, crémeux sortait par les veines hépatiques et les canaux biliaires. De plus, le pancréas, dont le

canal était dilaté et enflammé, était très volumineux, injecté, friable, et renfermait un grand nombre de points jaunes, verdâtres, plus ou moins ramollis, avec commencement de suppuration en quelques endroits.

Lorsqu'existe cette double communication avec les veines sus-hépatiques et les conduits biliaires, la bile et le liquide purulent contenu dans la tumeur sont déversés dans les veines et se mélangent au sang. Les abcès du foie et des autres organes peuvent alors être beaucoup plus nombreux que dans les cas d'angiocholite suppurée et les malades meurent d'infection purulente.

On a cité des cas de kystes hydatiques du foie ouverts dans la veine cave inférieure. Mais on ne connaît pas d'exemple de tumeur hydatique du foie en communication avec les voies biliaires, et en même temps rompue dans la veine cave inférieure. La possibilité d'un pareil accident doit cependant être admise. Dans ce cas, les membranes vésiculaires pourraient s'arrêter dans le cœur et l'artère pulmonaire, et déterminer la mort subite par asphyxie.

La phlébite n'est pas toujours le résultat de la perforation des veines et de la pénétration du liquide bilio-purulent dans leur cavité. Elle peut être due à la propagation d'une inflammation de voisinage, ou bien, à l'influence d'une compression quelconque. Dans le cas de Font-Reaulx (obs. II), la veine porte était oblitérée par un caillot qui commençait à se décolorer ; ce caillot était adhérent dans le rameau droit et se prolongeait au loin ; il était surtout adhérent au voisinage du canal hépatique du même côté.

L'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires peut donner lieu à d'autres accidents généralement très graves. Les lésions du foie peuvent déterminer l'inflammation des organes voisins. La tumeur hyda-

tique, lorsqu'il y a obstruction des voies biliaires, énormément distendue par les liquides qui s'accumulent dans sa cavité, peut se rompre dans diverses directions.

Tout autour du foie enflammée et de la tumeur hydatique, qui augmente de volume, se développe parfois une péritonite circonscrite qui a pour résultat la formation d'adhérences, soit avec les parois de la cavité abdominale, soit avec les organes voisins.

La tumeur hydatique peut s'ouvrir dans les cavités limitées par les adhérences, sans que son contenu pénètre dans la grande cavité péritonéale. Dans une observation de Murchison (1), la rupture d'adhérences qui unissaient le bord droit du foie à la paroi costale, détermina une péritonite mortelle. Une péritonite généralisée peut succéder à l'inflammation circonscrite développée autour de la tumeur, mais, ordinairement, elle est la conséquence d'une rupture. Tantôt, c'est la paroi d'un abcès ou celle d'un conduit biliaire superficiel qui se déchire et le liquide bilio-purulent s'écoule dans le péritoine; tantôt, au contraire, c'est la tumeur elle-même qui se rompt et son contenu pénètre dans la cavité péritonéale.

Nous avons déjà vu, page 27 , que dans une observation de M. Charcot, un kyste hydatique du foie, en communication avec les voies biliaires, s'était rompu dans l'arrière-cavité des épiploons. Le liquide bilio-purulent avait seul pénétré dans le péritoine, parce que les membranes vésiculaires avaient déjà été complètement poussées dans l'appareil excréteur de la bile.

La tumeur hydatique peut, en se développant, faire saillie vers la paroi abdominale ou vers les attaches du diaphragme

(1) Murchison. Ouvrage cité. Obs. XXXIV, p. 118.

et déterminer ainsi une perforation, soit au niveau de la paroi de l'abdomen, soit au niveau des espaces intercostaux inférieurs.

Il peut arriver aussi qu'un kyste hydatique s'ouvre d'abord dans une cavité limitée par des adhérences, et que la collection purulente ainsi formée s'ouvre ultérieurement à travers la paroi abdominale.

Dans ce cas, un trajet plus ou moins long et sinueux ferait communiquer la cavité de la tumeur avec l'extérieur. Cette ouverture à l'extérieur d'un kyste hydatique du foie, qui communique avec les voies biliaires, est un accident favorable dans une certaine mesure. En effet, l'orifice peut être suffisant pour permettre l'évacuation complète de la tumeur et la rétention biliaire cesse; mais si l'obstruction des voies biliaires persiste, la bile versée au dehors ne pénètre pas dans l'intestin, et cette privation de bile est funeste pour le malade.

Dans certains cas, la tumeur hydatique se développe du côté du diaphragme qu'elle refoule peu à peu vers la cavité pleurale. On comprend que dans ces cas le diaphragme puisse se perforer, le kyste se rompre et son contenu pénétrer dans la plèvre. On trouve un exemple remarquable de cet accident dans l'observation des leçons cliniques de Trousseau, qui a été mentionnée page 26. On trouva aussi, dans ce cas, entre le diaphragme et la tumeur hydatique, une cavité circonscrite par des adhérences et en communication avec la cavité du kyste. Cette collection purulente aurait pu s'ouvrir également dans la cavité pleurale.

C'est en effet de cette manière, que parfois les kystes hydatiques du foie s'ouvrent dans la plèvre. La communication se présente alors sous la forme d'un canal plus ou moins large, plus ou moins long et sinueux,

et formé, en partie par le diaphragme, en partie par des adhérences.

Il se développe parfois sans qu'il y ait ouverture dans la plèvre, vers la base du poumon droit, une pneumonie de voisinage, qu'on ne doit pas confondre avec les infarctus ou les abcès dus à l'angiocholite suppurée ou à la phlébite. Le contenu de la tumeur, qui a pénétré dans la plèvre, peut se creuser une cavité dans le poumon et former dans cet organe une collection limitée, ou bien être évacué par les bronches.

Les kystes hydatiques du foie peuvent s'ouvrir dans le poumon et être évacués par les bronches, sans qu'il y ait épanchement dans les cavités séreuses. C'est par l'intermédiaire d'un canal, creusé au milieu du diaphragme et des adhérences péritonéales et pleurales, que le contenu de la tumeur pénètre dans les poumons et les ramifications bronchiques.

Dans un cas, présenté à la Société anatomique par le Dr Sorel (obs. XI), on trouva, à la base du poumon droit, un kyste hydatique communiquant largement avec les bronches dilatées. Mais des canaux biliaires venaient s'ouvrir dans la cavité, au niveau de sa partie inférieure. Il est probable que cette tumeur s'était développée primitivement dans le poumon et n'avait communiqué que plus tard avec les canaux biliaires de la surface convexe du foie, après avoir aminci et usé en quelque sorte le diaphragme. D'autre part, on trouva dans le foie un autre kyste hydatique, limité supérieurement par la seule capsule de Glisson et le péritoine. On peut se demander, si la tumeur hydatique du poumon n'était pas autre chose qu'un kyste hydatique superficiel de la face convexe du foie, qui, au début de son

développement, se serait accru du côté du poumon, tendant ainsi à s'isoler du foie.

Cette évacuation par les bronches, des tumeurs hydatiques du foie qui communiquent avec les voies biliaires, est une circonstance jusqu'à un certain point favorable. Mais si l'obstruction biliaire persiste la bile ne peut pénétrer dans l'intestin.

Dans le cas de de Font-Réaulx (obs. II), on trouva dans le foie un kyste hydatique en forme de sablier, dont la portion inférieure communiquait avec les voies biliaires, tandis que la portion supérieure soulevait le diaphragme au niveau du péricarde. Une péricardite de voisinage s'était développée. La rupture de la tumeur dans le péricarde est donc possible. Cet accident serait très grave. L'épanchement du contenu du kyste dans la cavité péricardique mettrait obstacle aux contractions cardiaques et aurait pour résultat une mort rapide par syncope.

Les rapports signalés dans quelques cas, entre les kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires et le rein droit, font entrevoir la possibilité d'une rupture dans le bassinet. La gravité de cet accident est facile à comprendre. Les malades seraient exposés, non seulement aux lésions produites par l'élimination des hydatides à travers les voies biliaires, mais encore à des accidents très analogues à ceux qui accompagnent la migration des calculs rénaux.

Enfin, les tumeurs hydatiques, en communication avec les voies biliaires, peuvent contracter des adhérences avec l'intestin et s'ouvrir dans sa cavité. C'est là l'accident le plus favorable. En effet, l'évacuation de la tumeur est relativement facile, et, de plus, si l'obstruction des canaux biliaires persiste, la bile peut, en traversant la poche,

arriver jusque dans l'intestin. On n'a jamais trouvé, à l'autopsie, cette double communication des tumeurs hydatiques avec les voies biliaires et l'intestin, parce que, dans ce cas, la guérison est la règle. La plupart des guérisons des kystes hydatiques du foie, en voie d'élimination à travers les voies biliaires, peuvent être attribuées à l'existence d'une communication de la tumeur avec l'intestin.

SYMPTOMATOLOGIE.

L'élimination des kystes hydatiques du foie, à travers les voies biliaires, est accompagnée de phénomènes qui donnent à la maladie une physionomie particulière. Lorsque la vésicule mère se rompt, son contenu liquide peut traverser seul les canaux biliaires, et, parvenu dans l'intestin, ne donner lieu qu'à de la diarrhée. Mais, souvent, en même temps que le liquide, une ou plusieurs vésicules filles s'engagent dans les voies biliaires. Il peut se faire que cette migration ait lieu silencieusement, sans produire aucun phénomène douloureux, aucun symptôme indiquant la rétention de la bile. Cette absence de réaction peut être due, soit au petit volume des hydatides, soit à leur souplesse.

Le plus souvent, la migration des hydatides produit deux symptômes très importants : la colique hépatique et l'ictère. L'ensemble symptomatique est très analogue à celui qui accompagne la migration des calculs biliaires.

La colique hépatique, comme dans la lithiase biliaire, est souvent précédée de malaise, de nausées, d'un frisson plus ou moins intense, et débute, sans cause connue, par une douleur extrêmement vive. Cette douleur siège surtout dans l'hypochondre droit; elle est exagérée par la pression et la percussion ; quelquefois, elle reste limitée dans cette région, mais elle s'irradie ordinairement vers l'épigastre et souvent jusque dans l'épaule droite. Dans quelques cas rares, on a noté une irradiation dans la partie

inférieure de l'abdomen et même des douleurs dans les membres inférieurs. En même temps que la douleur surviennent des vomissements alimentaires ou bilieux, de la diarrhée et parfois du refroidissement des extrémités.

Les accès de colique hépatique surviennent à des intervalles variables, quelquefois d'une manière périodique, tous les deux jours, par exemple (observation de Trousseau) (1). Souvent, le retour des accès de colique hépatique est très irrégulier. L'accès lui-même dure plus ou moins longtemps, depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs heures. Au moment de la colique hépatique, ou bien après que la douleur a cessé, il survient quelquefois des épistaxis ou des métrorrhagies.

Les phénomènes douloureux, qui caractérisent la colique hépatique, ne présentent pas toujours les mêmes caractères. L'irradiation de la douleur dans l'épaule droite manque assez souvent; elle peut être remplacée par une douleur de la région thoracique droite. A la douleur dans l'hypochondre droit et l'épigastre, se joint une douleur vive dans le dos ou dans la région lombaire. La douleur hépatique peut manquer, du moins pendant quelque temps, ou bien être réduite à une sensibilité exagérée de l'hypochondre droit. Dans le cas de Becker (observation IX), il existait une douleur vive des deux côtés du thorax. Le frisson peut ne pas apparaître, et les vomissements ne sont pas constants. La température est tantôt élevée, tantôt normale, le pouls est tantôt fréquent, tantôt ralenti. L'ensemble symptomatique de la colique hépatique peut donc être très incomplet. Les accès peuvent même manquer complètement. Ainsi le

(1) Trousseau. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. III, p. 282.

malade de M. Charcot (1) avait éprouvé pendant quatre mois de l'oppression et une douleur sourde et profonde dans la région du foie, mais il n'avait jamais eu de véritables accès de colique hépatique. Les douleurs hépatiques et abdominales beaucoup plus vives, qu'il ressentit vers la fin de la maladie, annonçaient la rupture de la tumeur hydatique du foie dans l'arrière cavité des épiploons et la péritonite qui amena rapidement la mort. Dans certains cas, les malades n'ont éprouvé tout d'abord que des phénomènes douloureux, accompagnés ou non de frissons, de fièvre et de vomissements alimentaires ou bilieux : ce n'est que plus tard que sont survenus les véritables accès de colique hépatique.

Dans l'intervalle des accès, il y a quelquefois absence complète de douleur, mais souvent les malades éprouvent des phénomènes douloureux très variables. La douleur peut être limitée pendant quelque temps au creux épigastrique. Dans quelques cas, on a noté l'existence de douleurs constantes ou presque constantes, siégeant dans l'hypochondre droit ou l'épigastre, exagérées par les inspirations profondes et par la toux. Les douleurs constantes ont été parfois accompagnées de paroxysmes semblables à des coliques (Murchison) (2). Dans d'autres observations, on trouve mentionnées, tantôt une sensation de poids tirant sur le côté droit du ventre, tantôt une sensation de rongement dans l'hypochondre droit étendue aux épaules, tantôt enfin une sensation de déchirement et de torsion à l'épigastre et à l'hypochondre droit. Dans le cas de Becker (observation IX), outre la douleur déjà signalée des deux

(1) Davaine. Ouvrage cité, p. 489.
(2) Murchison. Ouvrage cité. Obs. XXXIV, p. 118.

côtés du thorax et des accès bien caractérisés de colique hépatique, il existait une sensation fréquente de tension entre les omoplates, des douleurs rétro-sternales et des douleurs au niveau du larynx, exagérées par la parole, le contact et les mouvements de déglutition. L'ensemble de ces phénomènes douloureux était très probablement dû à une évolution spéciale de la tumeur hydatique, qui était éliminée à la fois par les voies biliaires et par les bronches. — Dans le cas du docteur Sorel (observation XI), si difficile à apprécier exactement, le malade éprouvait une douleur habituelle, s'irradiant le long du dos, pour aboutir à l'épaule droite, et exagérée, soit par les efforts de toux, soit par la compression du nerf phrénique derrière la clavicule. Les lésions du diaphragme expliquent suffisamment ces phénomènes douloureux.

La colique hépatique s'accompagne parfois de lipothymie, de syncope.

Enfin, de même que lorsqu'il s'agit de migration des calculs biliaires, on pourrait, au moment de l'accès de colique hépatique dû à la migration des hydatides dans les voies biliaires, observer des convulsions épileptiformes partielles ou générales. Les contractions douloureuses des muscles de l'abdomen, qui accompagnent les coliques hépatiques, peuvent être considérées comme le rudiment de ces convulsions plus ou moins généralisées (Charcot).

L'ictère suit ordinairement de près la colique hépatique; mais le temps qui s'écoule entre l'accès de colique hépatique et l'apparition de l'ictère est très variable. On a vu survenir l'ictère presque immédiatement après la colique hépatique, c'est-à-dire au bout de six à douze heures Dans quelques cas, les accès de colique hépatique n'ont

été suivis d'ictère qu'après un, deux, trois, quatre jours, et même après un temps notablement plus long.

L'ictère ne survient pas fatalement. Son apparition et son intensité dépendent beaucoup du temps que les vésicules hydatiques, engagées dans les conduits biliaires, ont mis à les parcourir. Si la migration a été rapide, l'ictère peut manquer.

L'ictère peut apparaître sans être précédé de coliques hépatiques et même sans douleur notable. Dans le cas de Becker (observation IX), la maladie débute, à la suite d'une violente émotion, par les symptômes d'un ictère catarrhal : malaise, courbature, perte d'appétit, nausées, vomissements, constipation opiniâtre, ictère sans fièvre, sensibilité très grande de la région hépatique. Tous ces troubles disparaissent presque complètement sous l'influence des purgatifs. Quelques jours après, surviennent un violent frisson, de la fièvre, des points douloureux des deux côtés du thorax, et l'ictère réapparaît. On voit se développer enfin tous les phénomènes qui accompagnent la migration des hydatides dans les voies biliaires et leur élimination à travers les bronches.

L'ictère est en tout semblable, dans bien des cas, à celui qui accompagne la migration des calculs biliaires. La coloration jaune de la peau et des conjonctives est plus ou moins intense, suivant les cas. Cette coloration peut rester limitée aux conjonctives et ne pas s'étendre à la peau. L'urine a une couleur jaune safran ou brun verdâtre, elle colore en jaune le linge et renferme du pigment biliaire en quantité plus ou moins considérable. Cette coloration ictérique des urines est ordinairement le premier symptôme de l'ictère et quelquefois le seul ; elle disparaît aussi plus tôt que celle de la peau ; de là l'importance qu'il

y a d'examiner avec soin les urines des malades qui ont un kyste hydatique du foie. On peut ainsi reconnaître un ictère passager, si l'urine renferme du pigment biliaire, alors que les conjonctives et la peau ont leur coloration normale. De même on peut prévoir la terminaison d'un ictère existant, lorsque le pigment biliaire disparaît des urines.

D'une manière générale, les diverses sécrétions sont colorées en jaune, la sueur détermine une coloration jaune sur le linge; le lait chez les nourrices est jaune (observation XII). Le mucus nasal et le mucus bronchique ont la même coloration, ainsi que la sérosité des vésicatoires : on n'a pas observé de xanthopsis ou vision en jaune.

La peau est parfois sèche et farineuse; dans certains cas, elle est le siège de démangeaisons, quelquefois tellement désagréables qu'elles empêchent le malade de dormir. Cette sensation de démangeaison peut précéder l'apparition de l'ictère.

Dans le cas observé par mon ami le docteur Josias, les démangeaisons étaient intolérables et se montraient d'une manière intermittente. Dans une autre observation, Bowman (1) a mentionné, outre la sécheresse de la peau et les démangeaisons, des crampes dans les membres.

Les matières fécales peuvent être colorées, bien que l'ictère soit très marqué. Quand elles sont décolorées, elles exhalent une odeur putride, et renferment une notable quantité de graisse. La constipation est habituelle; souvent les garde-robes reprennent leur coloration, avant que l'ictère ait disparu.

(1) Davaine. Ouvrage cité, p. 502.

Cet ictère passager ne s'accompagne pas ordinairement de fièvre ; la température est quelquefois au-dessous de la normale ; le pouls est souvent ralenti.

Lorsque les vésicules hydatiques, qui parcourent les voies biliaires, sont arrivées dans l'intestin, la colique hépatique cesse ; l'ictère dure plus longtemps, mais il finit par disparaître jusqu'à ce que de nouvelles vésicules s'engagent dans l'appareil excréteur de la bile. Au moment où le bouchon parasitaire est chassé dans l'intestin, on peut voir la tumeur diminuer de volume.

Les vésicules, parvenues dans l'intestin, sont évacuées avec les matières fécales. Il survient alors, une diarrhée très abondante, constituant une véritable débâcle. Au milieu des matières liquides, colorées par la bile, nage une quantité plus ou moins considérable de vésicules hydatiques entières ou rompues et flétris.

Dans quelques cas, des vésicules hydatiques ont été vomies, et on avait pensé qu'il existait une communication avec l'estomac. Cette opinion n'a pas été vérifiée. D'ailleurs, les hydatides peuvent passer facilement du duodénum dans l'estomac.

Dans quelques cas, les malades font remonter le début de leur maladie à un traumatisme. Il est probable, en effet, qu'une action traumatique quelconque peut déterminer une rupture imminente et être la cause occasionnelle d'une communication, qui était sur le point de se produire.

Que la communication de la tumeur hydatique du foie avec les voies biliaires soit due à un traumatisme, ou qu'elle soit spontanée, la marche particulière de la maladie ne change pas. Il survient à des intervalles variables, coïncidant parfois chez les femmes avec les époques menstruelles, des accès de colique hépatique, suivis ou non

d'ictère, jusqu'à ce que le contenu du kyste hydatique soit éliminé en entier. Lorsque cette élimination a été complète, la guérison peut être obtenue. Malheureusement les exemples de guérison, sans l'adjonction de circonstances favorables telles que : la coexistence de calculs biliaires et l'élimination en même temps par les bronches ou l'intestin, ont été rarement observés. Les lésions du foie sont souvent tellement avancées, au moment où la tumeur est complètement évacuée, que la vie est impossible. Dans certains cas, après une série d'accès de colique hépatique, l'état du malade s'améliore, et parfois même la guérison paraît acquise. Mais, après un temps plus ou moins long, surviennent de nouveaux accès de colique hépatique, accompagnés de complications et d'accidents, qui amènent rapidement la mort du malade.

En même temps que l'ictère et les accès de colique hépatique, il survient souvent des accès fébriles, très analogues à ceux qui accompagnent la colique hépatique due à la migration des calculs biliaires. Ces accès fébriles, satellites de la colique hépatique, constituent le syndrome clinique que le professeur Charcot a décrit sous le nom de fièvre intermittente hépatalgique. Les accès de fièvre se montrent ordinairement au moment de la colique hépatique, souvent alors que la douleur a déjà paru, parfois après qu'elle a cessé complètement ; tantôt ils se présentent avec les trois stades qui caractérisent la fièvre intermittente légitime : frissons, fievre, sueurs ; tantôt, au contraire, ils sont marqués seulement par le frisson. La température s'élève au moment de l'accès fébrile jusqu'à 39° ou 40°. Dans l'intervalle des accès, la température est normale et peut même être au-dessous de la normale. Le pouls suit la marche de la température. Fréquent quand la

température est élevée, il est ralenti pendant la période apyrétique. Cette apyrexie établit une grande différence entre la fièvre hépatalgique et la fièvre qui accompagne les complications. En effet. dans les cas où il survient des accidents inflammatoires, une certaine élévation de température persiste dans l'intervalle des accès fébriles. La fièvre est alors, non pas intermittente, mais rémittente, ou continue avec exacerbations.

Les vésicules hydatiques ou les débris des membranes vésiculaires, quand ils s'arrêtent dans leur migration, peuvent déterminer l'obstruction prolongée ou permanente des voies biliaires avec toutes leurs conséquences.

Si l'obstruction siège au niveau d'un conduit biliaire intra-hépatique, l'ictère pourra manquer et les lésions du foie, limitées au département du canal oblitéré, déterminer peu de symptômes. Mais il en est autrement du canal hépatique ou du canal cholédoque. La rétention de la bile est alors complète, de plus, le contenu de la tumeur se mélange à la bile et s'accumule au-dessus de l'obstacle.

L'ictère, dont la durée était plus ou moins longue, mais qui était passager, devient permanent. La coloration jaune de la peau devient plus intense, tantôt d'une manière progressive, tantôt par saccades, à la suite de nouveaux accès de colique hépatique, produits par des vésicules ou des débris de membranes vésiculaires plus volumineux, qui viennent encore accroître l'obstruction. La peau devient d'une couleur vert-olive ou vert noir, (ictère noir). L'ictère persiste jusqu'à la fin, ou bien dans les cas heureux disparaît avec l'obstruction.

Les matières fécales peuvent être colorées, si l'obstruction est incomplète. L'ictère existe, parce que la plus grande quantité de la bile est retenue dans les voies biliaires ; mais il peut être léger, et une quantité plus ou

moins grande de bile passe par un trajet sinueux, au milieu ou sur les côtés du bouchon parasitaire. Ordinairement, les matières fécales sont décolorées, du moins pendant un certain temps et très fétides. Cette décoloration est graduelle, si l'obstruction se fait progressivement ; elle est rapide, si l'obstruction se fait tout d'un coup. La constipation existe jusqu'à ce que l'obstruction cesse. A ce moment survient une diarrhée abondante une sorte de débâcle. La constipation reparaît, si une nouvelle obstruction se produit. Il peut y avoir aussi des alternatives de constipation et de diarrhée.

Dans les matières décolorées, on trouve une quantité plus ou moins grande de matières grasses qui n'ont pu être absorbées. Cette quantité de graisse est très considérable et toutes les matières grasses avalées sont rejetées par l'anus, si le suc pancréatique ne peut s'écouler dans l'intestin. Cette absence d'absorption des matières grasses explique l'amaigrissement, parfois très rapide, des malades, même dans les cas où l'appétit est conservé. Ordinairement, il y a des troubles digestifs variables, parmi lesquels les plus importants sont les vomissements, qui se montrent, non seulement pendant la colique hépatique, mais en dehors d'elle.

La rétention de la bile et l'accumulation du contenu de la tumeur ont pour résultat une dilatation générale ou presque générale de l'appareil éxcréteur de la bile. La dilatation des canaux biliaires intra-hépatiques donne lieu à une augmentation de volume du foie. La forme de l'organe est souvent conservée, seulement la matité est beaucoup plus étendue qu'à l'état normal. Il est souvent possible de sentir le bord inférieur du foie, qui est tranchant et descend plus ou moins bas. On constate un tel état du

foie lorsque les kystes hydatiques ne sont pas appréciables à la palpation. Car, les tumeurs hydatiques peuvent modifier de diverses manières la forme de l'organe et constituer des saillies, dont on reconnaît la forme et les dimensions. Quelquefois, l'examen est rendu difficile par l'existance d'un épanchement qui distend l'abdomen. Mais l'ascite est un phénomène tardif, qui survient dans la dernière période de la maladie.

En suivant le bord tranchant du foie, qui descend dans quelques cas tellement bas qu'il atteint presque l'arcade crurale, on trouve souvent une tumeur arrondie, plus ou moins volumineuse, séparée par un sillon de ce bord. C'est la vésicule biliaire. On ne trouve pas cette tumeur, quand le réservoir de la bile n'a pas pris part à la dilatation des canaux biliaires. Si l'obstruction cesse, la tumeur biliaire disparaît. Il peut arriver que, l'obstruction durant longtemps, l'inflammation chronique, qui a produit l'augmentation de volume, se termine par une rétraction et une diminution de volume du foie. Cette rétraction est plus fréquente dans les cas d'obstruction par des calculs ou par un cancer de la tête du pancréas. Ordinairement, quand l'obstruction est produite par des hydatides, le volume du foie persiste et s'accroît même de plus en plus.

Il y a une très grande différence entre ces deux espèces d'obstruction. Dans l'obstruction calculeuse la bile seule exerce son action sur les canaux biliaires et l'angiocholite chronique s'observe assez souvent. Au contraire, dans l'obstruction par des hydatides, l'action du contenu du kyste s'ajoute à celle de la bile, l'angiocholite chronique est rare et on observe le plus souvent une angiocholite purulente.

L'angiocholite purulente peut se montrer, non seulement

quand il y a obstruction permanente, mais encore dans les cas d'obstruction passagère, ayant duré un certain temps. Le mélange avec la bile des débris hydatiques et du pus, souvent contenu dans la tumeur, est suffisant pour qu'elle puisse se développer avec facilité. Le foie enflammé devient de plus en plus volumineux et douloureux. Cette inflammation du tissu hépatique accroît encore l'ictère; il y a résorption de la bile et du pus.

Le symptôme le plus important de l'angiocholite purulente, c'est la fièvre intermittente hépatique qui a été si bien décrite par le professeur Charcot. Cette fièvre intermittente est bien distincte, par ses caractères, de la fièvre intermittente qui traduit l'intoxication palustre. Les accès fébriles se présentent avec leurs trois stades : frisson, chaleur, sueur, en général très intenses. Ils surviennent le plus souvent le soir, mais irrégulièrement, tantôt tous les jours, tantôt tous les deux ou trois jours, ou à des intervalles éloignés, sans qu'il y ait de règle absolue. De plus, ce n'est pas toujours à la même heure que le frisson survient. Dans le cas que j'ai observé dans le service de M. Millard (observation XII), l'accès survenait tous les jours de meilleure heure et s'accompagnait d'une éruption d'herpès labialis. L'accès lui-même ressemble à l'accès de la fièvre intermittente légitime. Le frisson est souvent très intense et s'accompagne parfois de cyanose et de refroidissement des extrémités. Cette algidité fait ressembler, dans certains cas, la fièvre intermittente hépatique aux accès pernicieux. La température s'élève à 40° ou 41°. Dans l'intervalle des accès il y a parfois une apyrexie presque complète, mais souvent, la température reste un peu élevée. Cette fièvre, qui accompagne l'angiocholite aiguë, ressemble à une fièvre symptomatique. Elle est rémit-

tente, ou continue avec exacerbations vespérales. D'ailleurs, il existe quelquefois une véritable infection purulente.

M. Hayem, en communiquant à la Société anatomique l'observation qui a déjà été citée (observation VII) faisait remarquer, que l'angiocholite due à la présence des hydatides s'était manifestée exactement par les mêmes symptômes que l'angiocholite d'origine calculeuse ; la fièvre avait suivi une marche identique et s'était montrée sous la forme intermittente que M. Charcot a fait connaître. M. Charcot répondait à cela, que les formes d'angiocholite ont les mêmes allures quelle qu'en soit la cause ; un cancer des voies biliaires donne lieu, comme les calculs et les hydatides, à des accidents intermittents, qui peuvent affecter le type quotidien ou tierce, et même, revenir à des époques bien plus éloignées, tous les huit jours par exemple. Une partie des fièvres octaves des anciens, ajoutait M. Charcot, devait rentrer dans cette catégorie. En effet, si on lit avec soin les observations d'angiocholite purulente due à ces diverses causes, on doit reconnaître toute la justesse de cette opinion.

Les lésions étendues du foie, produites par l'angiocholite purulente, doivent donner lieu à des troubles profonds dans les fonctions de l'organe. L'urée doit être diminuée, mais il n'est pas possible de donner à cet égard des résultats positifs. Les recherches sur l'urée ont été très bien conduites, pour ce qui a trait à l'angiocholite d'origine calculeuse ; mais elles n'ont pas été suffisantes, pour ce qui regarde l'obstruction due à des hydatides De même la fonction glycogénique doit être amoindrie, si on en juge par les résultats que Legg a obtenus, en liant le canal cholédoque sur des animaux. Quant à l'ascite, qui survient à la dernière période de la maladie, elle est due aux lésions

des vaisseaux contenus dans le tissu hépatique, lésions qui ont pour résultat une stase sanguine dans le système de la veine porte.

Dans le cas de Font-Réaulx (observation II), l'ascite n'est pas mentionnée, et cependant, la veine porte était oblitérée par un caillot. On comprend que cette lésion pourrait avoir pour résultat un épanchement de sérosité dans la cavité abdominale. Cet épanchement séreux est, quelquefois, peu abondant et l'on sent en explorant l'abdomen qu'on déplace une couche de liquide avant d'arriver sur le foie. Dans certains cas, l'ascite est très considérable, et cette accumulation de liquide distend tellement la paroi abdominale, que la limite inférieure du foie est impossible à reconnaître.

Les troubles de la circulation dans la veine porte, expliquent les diarrhées séreuses très abondantes qui surviennent chez certains malades, atteints depuis longtemps d'ictère plus ou moins intense et d'un amaigrissement extrême. Ces malades meurent avec tous les signes d'une cachexie progressive.

Enfin, la stase sanguine dans le système de la veine porte peut avoir pour conséquence des hémorrhagies gastriques ou intestinales et une tuméfaction plus ou moins considérable de la rate.

Dans l'ictère, qui accompagne l'obstruction des voies biliaires par des hydatides, on n'a pas observé de xanthélasma, mais on a mentionné l'existence d'autres éruptions, telles que l'urticaire et le purpura.

A côté du purpura on doit placer les épistaxis, les hémorrhagies utérines, qui sont dues vraisemblablement à l'altération du sang. Les hémorrhagies gastriques et intestinales peuvent être dues à la même cause.

Dans l'observation de Cadet de Gassicourt (1), on trouve mentionnées des épistaxis fréquentes et abondantes. Une de ces hémorrhagies nécessita le tamponnement des fosses nasales. Mais le malade vomit un litre de sang, perdit du sang par l'anus et mourut peu après. Les épistaxis ont été signalées dans d'autres cas.

Dans le cas de Hillier (2) cité par Davaine et Murchison, le malade mourut par suite d'une hémorrhagie de la paroi du kyste. Le sang s'était fait jour dans l'estomac et l'intestin par le canal cholédoque. Dans quelques observations on a signalé, vers la fin de la maladie, un œdème des membres inférieurs. Cet œdème peut être dû à la compression exercée par les tumeurs hydatiques du foie sur la veine cave inférieure. Dans le cas de MM. Hayem et Graux (observation VII), la veine cave inférieure et les veines iliaques primitives étaient oblitérées par des caillots consistants, qui expliquaient l'œdème observé pendant les derniers jours dans les membres inférieurs.

Les urines renferment du pigment biliaire en quantité plus ou moins considérable et quelquefois de l'albumine. Il est probable, que c'est à la présence de la bile et du pus dans le sang, que sont dues les lésions de l'épithélium rénal qui se traduisent par l'albuminurie. Cette même cause peut produire des lésions du muscle cardiaque qui se manifestent par des troubles circulatoires. On peut observer de la petitesse et de l'irrégularité du pouls, des intermittences dans les mouvements du cœur, une tendance aux lipothymies et à la syncope. L'albuminurie et la faiblesse

(1) Cadet de Gassicourt. Thèse citée p. 36.
(2) Hillier. Path. transact., t. VII, p. 222.

cardiaque expliquent l'anasarque, qui survient parfois vers la fin de la maladie.

Chez beaucoup de malades, il survient dans la dernière période de la maladie une diarrhée très abondante. Les matières fécales exhalent une odeur très fétide et sont assez souvent brunâtres. Dans le cas de MM. Hayem et Graux (observation VII), des vomissements fécaloïdes se trouvent mentionnés.

Lecourtois (observation III) a observé un hoquet persistant.

Les phénomènes généraux sont ordinairement très intenses et indiquent un état très grave. La température est le plus souvent très élevée. Cependant on a observé de l'hypothermie, accompagnant les symptômes d'une adynamie profonde, de la cyanose avec algidité, sueurs visqueuses et diarrhée profuse. Dans quelques cas, il y a eu un état typhoïde avec ataxo-adynamie, ou, au contraire, avec prostration, stupeur, langue sèche, fuliginosités. On a observé aussi des troubles nerveux variables. Quelques malades ont eu un délire continu ou presque continu et sont morts dans le coma. Dans un cas il y a eu délire intermittent, les idées restaient confuses dans l'intervalle des accès de délire. Dans le cas de mon ami le Dr Josias, il y a eu de l'aphasie due à une méningite suppurée. Dans une observation, on a noté des accès de tremblement. Dans le cas de de Font-Réaulx (observation II) le malade a eu des contractures et des mouvements convulsifs prédominant du côté gauche, et il est mort dans le coma. La présence de la bile dans le sang et l'albuminurie exposent le malade à mourir avec les symptômes de l'urémie. Enfin, les troubles nerveux, associés aux hémorrhagies, constituent un syndrome clinique très analogue à celui de l'ictère grave.

Nous avons vu, dans le chapitre qui concerne l'anatomie pathologique, que les kystes hydatiques du foie qui s'éliminent à travers les voies biliaires, pouvaient communiquer en même temps avec les veines voisines. Il paraît établi que les accidents varient, suivant que les vaisseaux ouverts appartiennent au système de la veine porte, ou à celui des veines sus-hépatiques (v. page 46). Si c'est les branches de la veine porte qui communiquent avec la cavité de la tumeur, il survient des hémorrhagies plus ou moins abondantes, dues non plus à une altération du sang, mais à des perforations vasculaires.

Si, au contraire, c'est les branches des veines sus-hépatiques qui sont ouvertes, à la surface interne de la paroi kystique, le contenu bilio-purulent pourra pénétrer dans les veines et se mélanger au sang. On comprend facilement toute la gravité de cette altération du sang, qui se traduit par les symptômes de l'infection purulente.

Si la tumeur hydatique distendue venait à s'ouvrir dans la veine cave inférieure, les membranes hydatiques pourraient s'accumuler dans les cavités droites du cœur et dans l'artère pulmonaire, et de telles embolies détermineraient la mort subite par asphyxie.

La péritonite circonscrite, qui se développe autour du foie enflammé et du kyste hydatique qui augmente de volume, peut devenir générale et se manifeste alors par ses symptômes habituels, avec une marche plus ou moins aiguë.

Les fausses membranes, qui se forment dans les cas de péritonite circonscrite, déterminent une augmentation de volume du foie qui peut devenir appréciable. Mais les adhérences et les collections purulentes qu'elles peuvent renfermer, par suite d'une rupture de la tumeur et d'un

épanchement de son contenu, ne donnent pas lieu à des symptômes spéciaux pouvant facilement les faire reconnaître.

La déchirure des parois des canaux biliaires superficiels et l'épanchement de leur contenu bilio-purulent dans le péritoine se traduisent par les symptômes d'une péritonite localisée ou générale.

Lorsque le kyste hydatique en communication avec les voies biliaires s'ouvre dans la cavité péritonéale, sans que des adhérences empêchent l'épanchement du liquide bilio-purulent et la pénétration des hydatides intactes ou rompues, il survient une douleur abdominale très vive et on observe tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Dans le cas de M. Charcot, le malade fut pris tout à coup de douleurs hépatiques beaucoup plus vives que d'habitude et répandues dans toute l'étendue de l'abdomen. Presque aussitôt, la physionomie fut profondément altérée; la face était grippée, bleuâtre, les yeux étaient enfoncés dans l'orbite; les extrémités étaient froides, cyanosées, comme dans la période algide du choléra. Le ventre était rétracté et les musles droits antérieurs contracturés. La mort survint après quatre jours. Avec ces symptômes, qui indiquent une péritonite par perforation avec épanchechement de matières septiques dans la cavité péritonéale, on voit apparaître souvent une urticaire plus ou moins abondante. On a voulu considérer cette éruption comme un symptôme spécial à cet accident. Mais l'urticaire a été constatée dans des cas d'ictère chronique, en l'absence de tout épanchement dans le péritoine. Elle n'est donc pas caractéristique.

Un kyste hydatique du foie, qui s'élimine à travers les voies biliaires, pourrait s'ouvrir à l'extérieur, soit au niveau

de la paroi abdominale, soit au niveau des espaces intercostaux inférieurs. On verrait alors une tuméfaction fluctuante ou pseudo-fluctuante se former dans ces régions, puis la peau rougir, s'amincir, s'ulcérer et se rompre spontanément, ou par l'action d'un traumatisme. Cette ouverture spontanée n'a pas été observée.

Les communications de ces tumeurs avec l'extérieur ont toujours été le résultat d'une intervention chirurgicale. Dans ces cas, le trocart ou la plaie laissait écouler au dehors un liquide purulent coloré par la bile et des membranes hydatiques. Cette coloration du liquide purulent par la bile est un signe important de la communication du kyste hydatique avec les voies biliaires.

Les pleurésies de voisinage, qu'elles soient caractérisées par des fausses membranes, ou par un épanchement de liquide, se manifestent avec leurs symptômes ordinaires, qu'il est inutile de decrire ici.

Lorsque le kyste hydatique s'ouvre dans la plèvre, il survient une douleur extrêmement violente à la base de la poitrine, avec gêne plus ou moins marquée de la respiration, et l'on constate les signes d'un épanchement pleural, plus ou moins abondant, suivant qu'il existe ou non des adhérences.

La péricardite de voisinage ne présente aucun phénomène spécial, qui puisse la distinguer des autres inflammations du péricarde.

La rupture dans la cavité péricardique d'un kyste hydatique du foie, qui s'élimine à travers les voies biliaires, n'a pas été observée. Si cet accident venait à se produire, le contenu de la tumeur s'accumulerait dans le péricarde, mettrait obstacle aux mouvements du cœur, et amènerait une mort rapide par syncope.

Les pneumonies de voisinage se manifestent par les mêmes symptômes et les mêmes signes physiques que les autres inflammations du poumon. Mais, lorsque le contenu du kyste hydatique pénètre dans le tissu pulmonaire, on constate tous les signes d'une excavation plus ou moins étendue.

Le contenu de la tumeur hydatique, après s'être épanché dans la plèvre ou s'être collecté dans le poumon, pénètre quelquefois dans les bronches et est expulsé au dehors, à la manière des vomiques pleurales : c'est une vomique hydatique. L'expectoration est alors constituée par un liquide bilio-purulent, au milieu duquel se trouvent des vésicules hydatiques intactes ou rompues et flétries, plus ou moins colorées par la bile. Cette coloration du liquide et des vésicules par la bile indique la communication avec les voies biliaires du kyste hydatique qui est éliminé à travers les bronches (observations IX et XI).

Si un kyste hydatique du foie, en voie d'élimination à travers les voies biliaires, venait à s'ouvrir dans le bassinet, et, des symptômes, analogues à ceux que produit la migration des calculs rénaux, ne manqueraient pas d'être observés. L'urine renfermerait un liquide purulent et des hydatides colorées par la bile.

Il peut arriver, si du moins l'interprétation de certaines observations de guérison est bien exacte, que la tumeur hydatique s'ouvre dans l'intestin. En effet, cette double communication n'a pas été rencontrée à l'autopsie. Dans ce cas on pourrait voir la tumeur, alternativement s'affaisser et augmenter de volume ; et on pourrait aussi constater la production d'un tintement particulier.

M. Guillemin (1) a publié une observation de kyste hy-

(1) Guillemin. Gazette médicale de Paris, 1847, p. 770.

datique du foie, ouvert dans l'intestin, dans laquelle se trouvent notés ces deux phénomènes très remarquables. Ce cas doit être cité ici, bien que la tumeur ne communiquât pas avec les voies biliaires. Le malade éprouva pendant quelques jours, à des intervalles irréguliers, avant ou après le repas, des douleurs qui avaient leur siège dans la tumeur. Cette tumeur, qui faisait une saillie très considérable, devenait très dure pendant quelques secondes ou même une minute, et reprenait ensuite son état d'élasticité, de fluctuation et presque d'indolence habituelles. M. Guillemin était présent, au moment où survint une de ces douleurs, et il compare les phénomènes qu'il a observés à ceux que produisent les douleurs du travail chez les femmes en couches, lorsque la matrice se contracte pour expulser le produit de la conception.

Après six ou sept jours de ces douleurs, le malade rendit avec ses matières fécales dix à douze vésicules hydatiques et remarqua des resserrements plus fréquents dans sa tumeur, avec accompagnement de cliquetis semblable à celui produit par une infinité de petites parcelles de verre broyé, agitées les unes contre les autres. M. Guillemin put constater directement le fait. Pendant sa visite, les resserrements de la tumeur se succédèrent de vingt en vingt minutes, et produisirent à l'oreille nue, même à distance de près d'un pied, un véritable tintement semblable au cliquetis produit par de nombreux grains de sable fin tombant dans une coupe de verre : c'était le tintement métallique des excavations de poitrine, mais répété à l'infini. M. Guillemin appelle ce bruit tintement hydatique.

Le contenu de la tumeur fut complètement évacué par l'intestin et le malade guérit.

On observerait encore un autre symptôme important si-

gnalé surtout par Frerichs (1), le passage des gaz intestinaux dans la cavité de la tumeur. On constaterait alors une augmentation de volume de la tumeur, qui deviendrait sonore à la percussion. Dans l'observation de M. Guillemin, on n'a pas mentionné l'exploration de la tumeur à l'aide de la percussion. On peut admettre que les augmentations de volume et le tintement hydatique étaient dus simplement au mélange des gaz intestinaux avec le contenu de la poche kystique.

(1) Frerichs. Traité des maladies du foie, p. 499.

Dans le Traité des Entozoaires de Davaine, on trouve, à la page 499, le passage suivant : « La communication des kystes hydatiques du foie avec les voies biliaires est une condition heureuse, qui peut procurer la guérison de la maladie. Elle est néanmoins dangereuse, puisque souvent elle a été cause de la rupture de la poche hydatique ».

Frerichs (2) admet ce mode de guérison qu'il semble regarder comme désirable. De plus, il range à côté l'une de l'autre l'ouverture de l'intestin et l'élimination à travers les voies biliaires ; il n'établit aucune différence bien nette entre ces deux accidents.

Murchison (1) est moins optimiste : « Il se trouve parfois, dit-il, que les voies biliaires se dilatent assez pour permettre l'évacuation du contenu kystique à travers elles dans l'intestin. Toutefois, cela se présente rarement, et, dans la plupart des cas de ce genre qu'on a observés, la mort s'en est suivie ». Il établit une grande différence dans le pronostic, suivant que la tumeur hydatique du foie est ouverte dans l'intestin, ou bien dans les voies biliaires. Dans le premier cas, la guérison est la règle ; dans le second, elle est l'exception.

Les nombreuses lésions que peut produire la migration des hydatides dans les voies biliaires, expliquent la gravité du pronostic, qui doit toujours être réservé.

(1) Frerichs. Traité des maladies du foie, p. 604.

(2) Murchison. Ouvrage cité, p. 66.

Les cas de guérison sont peu nombreux, et, dans presque tous ceux qui ont été cités, on peut expliquer l'issue heureuse de la maladie par l'adjonction d'une circonstance favorable, par exemple : la coexistence de calculs biliaires, l'ouverture de la tumeur dans les bronches, ou la communication directe de sa cavité avec l'intestin.

Dans l'observation du docteur Perrin, rapportée par Davaine (1), l'élimination d'un kyste hydatique du foie à travers les voies biliaires fut suivie de guérison. Mais la malade avait eu à diverses reprises des coliques hépatiques, accompagnées d'évacuations abondantes, dans lesquelles se trouvaient des hydatides et des calculs biliaires, au milieu d'une bile gluante. Une autre observation, de Gaitskell, concerne un cas de tumeur hydatique du foie, qui se termina par la guérison, et dans lequel mille hydatides furent évacuées au dehors avec des calculs biliaires (2). Davaine a bien fait ressortir l'avantage lié à la coexistence de la lithiase biliaire. On peut en juger par le passage suivant : « L'introduction des hydatides dans la vésicule du fiel pourrait avoir pour effet la retention de la bile, mais elle pourrait fournir aux vers par le canal cystique une voie d'élimination, surtout si, par l'existence des calculs biliaires, le canal avait subi préalablement quelque dilatation » (3).

L'élimination d'un kyste hydatique du foie, en même temps à travers les voies biliaires et à travers les bronches, n'a pas toujours un résultat heureux. Le cas de sir Thomas Watson est un remarquable exemple de guérison. « Dans

(1) Davaine. Ouvrage cité, p. 497.
(2) Gaitskell. London medic. repos, 1815.
(3) Davaine. Ouvrage cité, p. 497.

ce cas, le malade eut pendant dix ans, à des intervalles variant de dix à quatorze mois, une série de crises précisément analogues à celles que produit habituellement le passage d'une concrétion calculeuse à travers les voies biliaires. En mai 1847, juste après une de ces crises, tandis qu'il était à la recherche d'un calcul, il découvrit deux ou trois petites hydatides dans les selles. En juillet, il eut les mêmes symptômes pendant quatre ou cinq jours, et alors il vomit une hydatide plus grosse qu'un œuf de pigeon. Cette crise fut suivie de symptômes pulmonaires et, en août, il commença à expectorer des hydatides avec quantité de bile. Les hydatides cessèrent de paraître vers la fin de novembre et la bile dans la seconde semaine de février 1848. « Après cela il guérit et, vingt-trois ans plus tard, il était toujours en vie, avait bonne santé, et suffisait aux soins d'une pratique médicale active » (1). Deux autres cas, celui de Sorel (observation XI) et celui de Becker (observation IX) se terminèrent par la mort.

On n'a pas encore trouvé, à l'autopsie, un exemple de kyste hydatique du foie communiquant, d'une part avec les voies biliaires, d'autre part avec l'intestin.

Malgré ce résultat négatif, la possibilité de cette double communication doit être admise. Certains cas de kystes hydatiques du foie, qui étaient en voie d'élimination à travers l'appareil excréteur de la bile, n'ont eu probablement une issue heureuse, que parce que la tumeur s'était ouverte directement dans l'intestin, et que son contenu avait pu passer par le nouvel orifice de communication. Cette opinion est d'autant plus vraisemblable, que

(1) Murchison. Ouvrage cité, p. 67.

ces cas ont été considérés, bien qu'il y ait eu des coliques hépatiques et de l'ictère, comme des exemples de tumeurs hydatiques évacuées à la suite d'une communication directe avec l'intestin. A ce point de vue, on peut citer une observation du professeur Lasègue (observation V), à côté de laquelle vient se placer une observation analogue de Frerichs (1) et une autre de Charcellay (2). Lorsque la tumeur hydatique communique avec l'intestin directement, son contenu passe avec plus de facilité dans l'intestin que lorsqu'il a à traverser l'appareil excréteur de la bile. L'orifice de communication est ordinairement large et, dans tous les cas, il n'existe pas de canal ou bien le canal est très court. De plus, dans ce cas, il est beaucoup moins important que l'obstruction des canaux biliaires par les hydatides prenne fin. En effet, si l'obstruction persiste, la bile passant par la cavité du kyste peut s'écouler dans l'intestin très facilement par l'orifice qui a livré passage aux hydatides.

Au contraire, lorsqu'une intervention chirurgicale a établi une communication de la tumeur avec l'extérieur, ou bien lorsqu'il y a élimination à travers les bronches, il est nécessaire que le bouchon parasitaire disparaisse. En effet, si les canaux biliaires continuent à être oblitérés, la bile ne peut pénétrer dans l'intestin et s'écoule au dehors. Cette privation de bile a pour conséquence la mort du malade, à la suite d'un affaiblissement progressif, plus rapide si le liquide pancréatique lui-même ne peut être déversé dans l'intestin.

On voit donc que, lorsqu'un kyste hydatique du foie

(1) Frerichs. Ouvrage cité. Obs. LXXX, p. 617.
(2) Charcellay. Société médicale d'Indre-et-Loire, 1863, p. 38.

s'élimine à travers l'appareil excréteur de la bile, la communication avec l'intestin est l'accident le plus favorable qui puisse survenir.

Dans certains cas, la guérison n'est qu'apparente, l'état du malade s'améliore notablement; mais, après un temps plus ou moins long, surviennent de nouveaux accidents qui amènent rapidement la mort. Dans une observation de Murchison déjà mentionnée, on voit un malade, considéré pendant quelque temps comme guéri, mourir de péritonite par rupture d'adhérences anciennes pendant des efforts de vomissement (1). Dans l'observation de Saussier, rapportée par Davaine (2), le malade sembla guéri à la suite de l'application d'un vésicatoire. Mais, après quelque temps, la tumeur, qui s'était affaissée, reparut, l'ictère se montra de nouveau, il survint une diarrhée abondante, de l'ascite, une dyspnée considérable, et le malade mourut.

Le cas cité plus haut du professeur Lasègue (observation V), ne peut pas être considéré comme un exemple de guérison complète. En effet, il est dit dans l'observation que, lorsque la malade quitta l'hôpital, le foie conservait un volume anormal, et qu'il existait encore des douleurs dans l'hypochondre droit et au niveau de l'épigastre.

Souvent il existe dans le foie plusieurs kystes hydatiques; il peut arriver que l'un d'eux soit eliminé complètement à travers les voies biliaires, et le malade paraît bien guéri; mais, plus tard, un autre kyste s'ouvre dans les canaux biliaires et donne lieu à des accidents mortels. Le pronostic doit donc toujours être réservé.

(1) Murchison. Ouvrage cité, p. 118.
(2) Davaine. Ouvrage cité, p. 494.

Les accidents, autres que l'ouverture dans les bronches et la communication directe avec l'intestin, aggravent l'état du malade.

L'obstruction des voies biliaires, lorsqu'elle dure assez longtemps, produit la dilatation des canaux biliaires et une angiocholite qui est le plus souvent aiguë. La fréquence de l'angiocholite suppurée est due au mélange avec la bile des hydatides et du liquide purulent contenu dans la tumeur. L'insuffisance fonctionnelle due aux lésions profondes du parenchyme, hépatique et l'état du sang altéré par la résorption de la bile et du pus, amènent fatalement la mort du malade, alors même que le bouchon hydatique est poussé dans l'intestin. La tendance aux hémorrhagies, les symptômes typhoïdes avec adynamie ou ataxo-adynamie, marquent bien la gravité de toutes ces altérations.

Lorsque les kystes hydatiques du foie, ouverts dans les voies biliaires, communiquent avec les veines, le passage de la bile et du pus dans le sang a pour conséquence une véritable infection purulente, et la pénétration de débris hydatiques dans ces vaisseaux peut donner lieu à des embolies multiples.

Il faut citer de nouveau le cas de Hillier, dans lequel les parois de la poche furent la source d'une hémorrhagie mortelle.

La rupture de la tumeur hydatique dans la veine cave inférieure permettrait aux membranes vésiculaires de pénétrer dans les cavités droites du cœur et dans l'artère pulmonaire. Cette embolie amènerait une mort rapide ou instantanée par asphyxie. Cette même issue funeste pourrait être due à la migration d'un caillot détaché de la veine

cave ou des veines iliaques primitives, dans le cas où le sang se serait coagulé dans les vaisseaux.

L'albuminurie vient encore quelquefois compliquer l'état du malade, et peut contribuer à la production de symptômes urémiques, dont la cause est alors complexe.

Si la tumeur hydatique s'ouvrait dans le bassinet, aux accidents produits par la migration des hydatides dans les voies biliaires, s'ajouteraient d'autres accidents très analogues à ceux qui sont le résultat de la migration des calculs rénaux.

Les pleurésies, les pneumonies et les péricardites de voisinage sont toujours des complications fâcheuses. La pénétration du liquide bilio-purulent de la tumeur et des hydatides dans la plèvre et le poumon est un accident grave. Le poumon est déjà enflammé, quand le contenu de la tumeur pénètre dans l'épaisseur de son tissu, mais la pneumonie peut revêtir, par le fait de ce contact nuisible, une forme gangreneuse. L'épanchement dans la plèvre a pour résultat une inflammation aiguë de la séreuse, à moins qu'il n'existe des adhérences limitant une cavité. Dans les cas où l'épanchement pleural et la collection pulmonaire tendent à passer dans les bronches, la gravité de l'accident est notablement amoindrie, puisque la guérison peut survenir.

La rupture de la tumeur hydatique dans le péricarde aurait pour résultat une mort rapide par syncope. Les membranes hydatiques et le liquide, s'accumulant dans la cavité de cette séreuse mettraient obstacle aux mouvements du cœur, et la péricardite n'aurait pas le temps de se développer.

La péritonite généralisée, qui a pour point de départ la périhépatite, l'inflammation développée autour de la tu-

meur, ou la rupture d'adhérences, est toujours une complication grave, puisque par elle-même elle peut amener la mort. Au contraire, la péritonite circonscrite, determinant la formation d'adhérences, a quelquefois des résultats heureux, puisqu'elle empêche un accident beaucoup plus grave, l'épanchement du contenu de la tumeur dans la cavité péritonéale.

L'épanchement du liquide bilio purulent et le passage des hydatides dans la cavité péritonéale, par suite d'une rupture de la paroi kystique, a pour résultat presque fatal le développement d'une péritonite suraiguë rapidement mortelle.

On connaît deux cas de grossesse, survenant chez des femmes atteintes de kyste hydatique du foie en communication avec les voies biliaires. Dans l'un de ces cas (observation VIII), la grossesse se termina par un avortement à six mois. Dans l'autre cas (observation VII), la grossesse suivit son cours normal. Chez la malade que j'ai observée dans le service de M. Millard, le premier accès de colique hépatique et d'ictère est survenu six mois environ après l'accouchement.

On peut avoir à reconnaître l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires, dans deux circonstances différentes :

1° On a reconnu qu'il existait un ou plusieurs kystes hydatiques du foie.

2° On ignore complètement l'existence de tumeurs de cette nature.

Il ne peut être question d'étudier ici les moyens de reconnaître les kystes hydatiques du foie, et de les distinguer des autres tumeurs qui peuvent les simuler. Cette étude rentre dans l'étude générale des tumeurs hydatiques du foie.

I. On a reconnu l'existence d'un kyste hydatique du foie.

On peut prévoir, quelquefois, l'élimination en constatant une communication de la cavité de la tumeur hydatique avec les canaux biliaires. Si, en faisant une ponction exploratrice du kyste, la bile se trouve mélangée au liquide qui s'écoule, on en conclura qu'il existe une communication avec les voies biliaires. On arrivera à la même conclusion, s'il s'écoule de la bile par une plaie faisant communiquer la cavité d'un kyste hydatique avec l'extérieur. Si un kyste hydatique est évacué à travers les bronches, la présence de la bile dans les matières expectorées indiquera une communication de la tumeur avec les voies biliaires. On ne doit pas oublier que, lorsqu'il existe de l'ictère, l'expectoration peut être fortement colorée en jaune, et, pour admettre

dans ce cas l'existence d'une communication de la tumeur avec l'appareil biliaire, il faut trouver la bile en nature dans les matières expectorées; la coloration jaune verdâtre ou verte des membranes hydatiques a une très grande valeur à ce point de vue.

L'élimination d'un kyste hydatique du foie à travers les voies biliaires est caractérisée par quatre phénomènes principaux :

1° Coliques hépatiques; 2° ictère; 3° diminution de volume de la tumeur; 4° présence de vésicules hydatiques entières ou rompues dans les matières fécales et dans les matières vomies.

Si, après avoir constaté l'existence d'un kyste hydatique du foie, on observe ces symptômes, il paraît évident que le contenu de la tumeur a traversé en partie ou traverse l'appareil excréteur de la bile. On peut cependant se tromper.

Certains kystes hydatiques, qui se détachent du bord antérieur du foie, peuvent être pris pour la vésicule biliaire dilatée. Réciproquement, la vésicule biliaire dilatée peut avoir une disposition telle, qu'elle peut simuler un kyste de la surface convexe du foie. On trouve, dans l'observation de De Font-Réaulx (observation II), la description d'une vésicule biliaire dilatée, qui se coudait sur le bord antérieur du foie. et dont le fond était venu se placer sur la face convexe de cet organe : qu'avec une disposition analogue du réservoir de la bile, il existe des calculs biliaires, et on aura tous les signes de l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires, sauf la présence des hydatides dans les matières fécales. Mais, les hydatides ne pénétrant pas toujours dans l'intestin, on peut rester indécis jusqu'à ce qu'on trouve le corps du délit.

Cependant il existe des caractères distinctifs ; la tumeur hydatique a une base large et peu de mobilité, tandis que la tumeur biliaire est pyriforme et fuit sous la main qui l'explore; de plus, la dilatation de la vésicule biliaire est précédée de coliques hépatiques et d'ictère : c'est le contraire pour les kystes hydatiques, qui se vident dans les voies biliaires.

Il ne faut pas trop compter pour le diagnostic sur le frémissement hydatique, dont on constate si rarement l'existence. On aura une certitude presque absolue qu'il ne s'agit pas d'un kyste hydatique, si l'on trouve seulement des calculs biliaires dans les matières fécales, car les membranes hydatiques peuvent aussi bien que les calculs arriver dans l'intestin, et on en trouverait dans les garde-robes.

A côté de la dilatation de la vésicule biliaire vient se placer le cancer de la vésicule biliaire, d'autant plus que, dans presque tous les cas de cancer, la vésicule contient des calculs. Mais la tumeur est alors ordinairement dure. Cependant elle peut être ramollie, et l'existence de l'ictère, des coliques hépatiques, rend le diagnostic difficile. Ici encore, la présence des calculs biliaires dans les garde-robes, l'absence des membranes hydatiques, constituent des signes très importants.

Il peut arriver, lorsqu'un kyste hydatique du foie comprime le canal hépato-cholédoque, qu'on observe, non seulement de l'ictère, mais encore des douleurs dues à une péritonite de voisinage, que l'on peut prendre pour des coliques hépatiques. Le diagnostic peut être difficile; mais il existe des caractères négatifs. On ne trouve pas de vésicules hydatiques dans les matières fécales, et, si l'on fait une ponction exploratrice de la tumeur, le liquide est lim-

pide ou trouble, mais n'est pas coloré par la bile. Un abcès du foie comprimant les voies biliaires peut être pris pour un kyste hydatique, s'il existe des douleurs ressemblant à des coliques hépatiques. Dans ce cas, si l'on fait une ponction exploratrice, on ne trouve rien dans le liquide qui autorise à formuler le diagnostic de kyste hydatique.

Dans un cas de Lejuge (1) on aurait pu penser à l'élimination d'un kyste hydatique du foie à travers les voies biliaires, mais on se serait complètement trompé. Il s'agissait, dans ce cas, d'un homme de 40 ans, qui avait eu en Afrique plusieurs accès de colique hépatique accompagnés d'ictère, et qui, pendant les quatre mois qui précédèrent sa mort, éprouva deux accès de colique hépatique avec ictère. A l'autopsie, on trouva, outre un épanchement de sérosité dans le péritoine, de l'hépatite scléreuse (cirrhose au début, Robin) et un kyste hydatique du bord droit du foie accolé à la veine cave inférieure. Les voies biliaires étaient saines; il n'y avait pas de calculs dans la vésicule et pas de communication du kyste avec l'appareil excréteur de la bile.

L'échinocoque multiloculaire donne lieu à un ictère intense, toujours croissant, à une augmentation de volume du foie et de la rate, sans ascite ou avec ascite tardive. On pourrait trouver dans les garde-robes des vésicules hydatiques de petite dimension, mais ce signe n'a pas été observé. Il n'y a pas de coliques hépatiques bien caractérisées. Le foie est ordinairement dur, parfois, cependant, il y a de la fluctuation. Tantôt la surface du foie est lisse, sans saillie, tantôt elle présente des inégalités ou des bosselures, plus ou moins marquées, dures ou ramollies. Les kystes hydati-

(1) Bulletins de la Soc. anat. de Paris, 1857, p. 122.

ques ordinaires se distinguent par l'existence d'une tumeur bien circonscrite fluctuante. Cependant, dans certains cas, où il existe des kystes hydatiques multiples, formant des bosselures appréciables, on pourrait rester dans le doute, jusqu'à ce qu'on assiste à une véritable débâcle de membranes hydatiques dans l'intestin.

On peut prendre aussi cet aspect bosselé du foie, produit par l'existence de plusieurs kystes hydatiques, pour un cancer du foie. On trouve un exemple remarquable de cette disposition dans l'observation de Gouguenheim (observation I). Dans ce cas, l'âge de la malade (26 ans), la longueur de la maladie, constituaient les seules présomptions en faveur de l'existence d'une tumeur à hydatides. Le cancer du foie peut, en effet, s'accompagner d'ictère et de douleurs, surtout, si des ganglions cancéreux du hile du foie compriment les canaux biliaires, comme on l'observe aussi dans le cancer de l'estomac. Inutile de dire que l'évacuation des hydatides par l'anus empêcherait de commettre cette erreur.

Lorsqu'un kyste hydatique ouvert dans l'intestin a comprimé les voies biliaires, on observe de l'ictère et des douleurs au moment où les hydatides passent par l'orifice de communication. Les douleurs peuvent simuler des accès de colique hépatique. Dans ce cas, on peut croire que la tumeur est éliminée à travers les voies biliaires. La difficulté du diagnostic est quelquefois très grande, ainsi que le prouve l'interprétation des cas de guérison spontanée qui ont été cités plus haut. On peut, en effet, considerer ces cas comme des exemples de kystes hydatiques du foie ouverts, soit dans les voies biliaires, soit dans l'intestin, soit, enfin, à la fois dans l'intestin et dans les voies biliaires.

Cependant, la communication directe d'un kyste hydatique avec l'intestin possède quelques caractères distinctifs. L'ictère n'existe que dans les cas où il y a une compression des canaux biliaires produisant la rétention complète de la bile, ce qui est peu fréquent. Au moment où se produit la communication, le malade éprouve parfois une sensation de rupture dans l'abdomen, accompagnée d'un bruit sourd.

On peut constater, au moment des douleurs, la diminution de volume de la tumeur et même des contractions de la paroi kystique. Souvent il y a des alternatives de dilatation et d'affaissement de la tumeur. Les gaz intestinaux peuvent pénétrer dans l'intérieur du kyste qui, alors, augmente de volume et devient sonore à la percussion. C'est probablement dans les cas où les gaz intestinaux pénétreraient dans la tumeur qu'on pourrait constater de nouveau le tintement hydatique signalé par M. Guillemin. (Voyez page 73.)

Il est très important de pouvoir reconnaître la communication avec l'intestin d'un kyste hydatique, dont le contenu traverse en partie les voies biliaires. Cette circonstance, toujours favorable, amoindrit singulièrement la gravité du pronostic.

Il n'est pas moins important de reconnaître les accidents que peut produire la migration des hydatides dans l'appareil excréteur de la bile.

L'ictère persistant indique une obstruction permanente du canal hépato-cholédoque, et doit faire craindre le développement de l'angiocholite suppurée que révèlent l'augmentation de volume du foie, les accès de fièvre multiples et les symptômes typhoïdes, avec adynamie ou ataxo-adynamie et tendance aux hémorrhagies. La communication du kyste avec les veines donne lieu aux mêmes sym-

ptômes et ne peut guère être distinguée de l'angiocholite suppurée. Cependant, les complications pulmonaires sont peut-être plus fréquentes, et l'infection purulente, beaucoup plus facile à cause de la pénétration du liquide bilio-purulent dans le sang et de la présence de débris membraneux pouvant constituer des embolies multiples.

La diminution du taux de l'urée indiquerait des lésions étendues de l'organe hépatique ; l'ascite révèle la stase sanguine dans le système de la veine porte ; l'œdème des membres inférieurs est un symptôme de la compression de la veine cave inférieure, ou de coagulations sanguines dans les veines de la moitié inférieure du corps.

L'albuminurie, signe de lésions rénales, et la faiblesse cardiaque, expliquent l'anasarque qui survient quelquefois à la fin de la maladie.

La présence du liquide bilio-purulent et de membranes hydatiques dans les urines serait une preuve que la tumeur hydatique est en communication avec le bassinet.

Il est inutile d'insister sur la rupture du kyste dans la veine cave inférieure ou dans le péricarde. Le diagnostic de ces deux accidents, qui auraient pour conséquence la mort subite ou très rapide, ne pourrait être fait avec certitude qu'à l'autopsie.

La péritonite aiguë n'est pas difficile à reconnaître ; mais le diagnostic de la cause de cette complication est souvent impossible. Le début subit des phénomènes douloureux, l'absence de météorisme, la suppression des urines, le collapsus, sont en faveur de la rupture du kyste et de l'épanchement de son contenu dans le péritoine. L'apparition de l'urticaire doit être prise en sérieuse considération, bien qu'elle ne soit pas caractéristique.

La péricardite du voisinage se reconnaît à ses signes habituels, dont le plus important est le frottement.

Les signes d'un épanchement pleural n'indiquent pas toujours d'une manière certaine que le contenu du kyste hydatique a pénétré dans la plèvre. Il faut, pour cela, qu'un épanchement assez abondant soit constaté immédiatement après un accès de douleurs violentes, analogues à celles de la pleurésie diaphragmatique.

Un kyste hydatique du foie, qui fait une saillie considérable dans la cavité pleurale en soulevant le diaphragme, peut simuler un épanchement dans la plèvre, survenu à la suite d'une inflammation de voisinage, ou bien, par le fait d'une rupture de la tumeur hydatique dans la plèvre. On doit se rappeler que les kystes hydatiques qui ont cette disposition donnent lieu à une zone de matité, limitée supérieurement par une ligne courbe à concavité inférieure. Cependant, il n'est pas inutile de faire remarquer qu'un épanchement pleural enkysté peut donner le même résultat.

Les signes d'une excavation pulmonaire indiquent que le contenu de la tumeur a pénétré dans le poumon.

Enfin, l'expectoration d'un liquide bilio-purulent, contenant des membranes hydatiques colorées par la bile, est un signe certain que la tumeur est évacuée à travers les bronches.

II. On ignore l'existence de kystes hydatiques du foie.

Lorsque l'on ne sait pas qu'il y a dans le foie des kystes hydatiques, l'élimination de ces tumeurs à travers les voies biliaires est souvent méconnue. Un seul signe permet alors de reconnaître la maladie : c'est la présence dans les matières fécales de vésicules hydatiques entières ou rompues et colorées par la bile.

De là l'importance qu'il y a d'examiner avec le plus grand soin les garde-robes des malades qui éprouvent des coliques hépatiques et sont atteints d'ictère.

Si l'on ne trouve dans les matières fécales que des calculs biliaires, il est très propable qu'il s'agit de lithiase biliaire; si, au contraire, on constate la présence d'hydatides, il est bien certain qu'un kyste hydatique se vide dans l'appareil excréteur de la bile, à moins que les symptômes observés ne permettent de supposer qu'il existe une communication directe de la tumeur avec l'intestin.

Quelle que soit l'opinion admise, on sait qu'il existe un kyste hydatique dont le contenu a pu arriver dans l'intestin. On doit rechercher avec le plus grand soin le siège de cette tumeur, qui est souvent difficile à préciser. Les kystes hydatiques, qui se trouvent situés au niveau du bord postérieur du foie, sont ceux qui se dérobent le mieux aux investigations du médecin. L'exploration attentive du thorax a une importance capitale. On trouve noté dans l'observation de MM. Butruille et Vinache (obs. VIII) un signe important, qui pourrait être très utile dans des cas analogues. Il s'agit, dans cette observation, d'un kyste hydatique énorme du lobe droit du foie, faisant saillie sur la face convexe de l'organe et communiquant avec les voies biliaires. On constata, non seulement de la matité, l'absence du murmure vésiculaire et du souffle bronchique, mais encore un retentissement très fort de la voix qui était légèrement chevrotante; plus tard on put entendre de l'égophonie; il n'existait cependant pas d'épanchement pleural. Cette égophonie était évidemment due à la présence de la tumeur hydatique.

Si on ne trouve pas d'hydatides dans les matières fécales, le diagnostic sera le plus souvent impossible. Lorsque

l'obstruction du canal hépato-cholédoque persiste jusqu'à la mort du malade, on s'arrête ordinairement à l'idée d'obtruction calculeuse, à moins que des circonstances spéciales ne conduisent à penser à une autre affection donnant lieu à des symptômes analogues. Les affections que l'on peut confondre dans ce cas avec l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires, sont assez nombreuses.

Les lombrics, qui pénètrent dans les voies biliaires, peuvent provoquer de l'ictère, des coliques hépatiques, des vomissements et tous les symptômes produits par la migration des calculs ou des hydatides. De même, les distomes du foie produisent des coliques hépatiques, la dilatation et le catarrhe des voies biliaires, mais rarement de l'ictère. La présence des lombries ou des distomes dans les matières fécales, soit avant, soit pendant les accidents observés, empêcherait de commettre une erreur.

Dans l'obstruction consécutive à la cicatrisation d'ulcérations des voies biliaires, l'ictère persistant a été précédé de lithiase biliaire. L'obstruction produite par un cancer de la tête du pancréas ou du duodénum, s'accompagne d'une émaciation et d'un affaiblissement progressifs, ainsi que des autres phénomènes de la cachexie cancéreuse. Le diagnostic peut être aidé par l'existence de tumeurs cancéreuses dans d'autres parties du corps, par des antécédents de cancer dans la famille et par l'âge avancé du malade.

Il suffit de signaler les erreurs qui peuvent être commises, quand le canal cholédoque est comprime par un anévrysme de l'aorte abdominale ou de l'artère hépatique, par une accumulation de matières fécales dans l'intestin, par l'utérus gravide, par les tumeurs de l'ovaire ou de l'utérus. Mais les signes physiques de la tumeur anévrysmale,

la disparition de l'ictère par l'action des purgatifs ou après l'accouchement, les caractères des tumeurs ovariennes ou utérines, mettront sur la voie du diagnostic.

Chez un malade, observé en 1882 à l'hôpital Beaujon par M. le Dr Guyot, on avait pensé qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires; mais les accidents étaient dus à la compression du canal cholédoque par une tumeur inflammatoire. C'est à mon excellent collègue et ami de Gastel, que je dois les renseignements suivants sur ce cas remarquable :

Il s'agissait d'une femme, âgée de 32 ans, domestique, entrée dans les premiers jours du mois de mai, salle Sainte-Claire, n° 30. Depuis un mois elle se plaignait de douleurs vives dans le ventre et principalement dans l'hypochondre droit : ces douleurs n'étaient pas continues, mais se montraient par paroxysmes survenant à intervalles irréguliers ; il y avait eu déjà cinq ou six crises. Un seul de ces accès douloureux fut suivi d'un ictère léger. Au moment de l'entrée à l'hôpital, on constata les signes suivants : absence de fièvre, amaigrissement considérable, pâleur extrême; développement anormal du foie limité seulement au côté droit. On pensa, soit à une congestion du foie, soit à un kyste hydatique.

M. Guyot qui penchait pour la congestion du foie, ordonna des douches froides; depuis quatre ou cinq jours la malade suivait son régime hydrothérapique, lorsqu'elle fut reprise de douleurs violentes dans le ventre avec fièvre, facies grippé, vomissements et ictère. Ces accidents durèrent seulement trois jours, après lesquels la malade succomba. A l'autopsie, on trouva avec les lésions d'une péritonite récente (injection vive du péritoine, épanchement séro-purulent peu abondant), des fausses membranes an-

ciennes au niveau de la face inférieure du foie. Ces fausses membranes constituaient une sorte de tumeur, englobant le canal cholédoque et le comprimant. Les canaux biliaires étaient très dilatés, non enflammés. La vésicule biliaire était dilatée et détendue par une bile assez foncée. Il n'y avait pas de calculs biliaires.

La cirrhose hypertrophique avec ictère est marquée par une augmentation de volume du foie, et quelquefois donne lieu à des poussées de péritonite accompagnées de douleurs qui peuvent simuler la colique hépatique. Mais, dans cette affection, les garde-robes sont rarement décolorées; le plus souvent une certaine quantité de bile passe dans l'intestin. Dans l'obstruation par des hydatides, si on ne trouve pas des débris de ces vers vésiculaires dans les garde-robes, les matières fécales sont le plus ordinairement décolorées. Dans certains cas, cependant, le diagnostic peut être très difficile.

Il faut signaler de nouveau les cas de Becker (obs. IX), dans lequel la maladie débuta avec les symptômes d'un ictère catarrhal. On méconnut d'autant plus, au début, l'existence du kyste hydatique que tous les symptômes disparurent par les purgatifs.

Il peut paraître singulier de confondre la colique de plomb avec l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires. Cette erreur a été cependant commise dans un cas (1).

(1) Voyez observation de Charcellay, in Davaine, ouvrage cité, p. 485.

Lorsque, après avoir reconnu l'élimination d'un kyste hydatique du foie à travers les voies biliaires, on ignore la situation de ce kyste, on ne peut instituer qu'un traitement médical. On ne peut songer alors qu'à soulager les malades et à favoriser l'élimination complète des hydatides. Mais on doit peu compter sur la guérison.

Contre la colique hépatique on peut employer les grands bains prolongés, le chloral en lavement, le chloroforme en inhalations, les onctions avec une pommade belladonée et les suppositoires avec l'extrait d'opium et l'extrait de belladone. On devra donner la préférence aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. On se trouvera bien d'associer l'atropine à la morphine, ainsi que le conseille M. Dujardin-Beaumetz, contre la colique hépatique calculeuse.

Les purgatifs seront quelquefois utiles, mais ils doivent être administrés avec ménagement. On devra s'adresser de préférence aux purgatifs cholalogues, le podophyllin, l'aloès, la rhubarbe, le séné, le calomel, l'évonymin.

Dans l'intervalle des accès, on peut prescrire la médication alcaline, les eaux de Vals, de Chatel-Guyon, de Vichy. Cette médication alcaline convient aux accidents d'obstruction.

Tous ces accidents, sauf l'épanchement pleural, qui peut nécessiter une intervention chirurgicale, donnent lieu à des indications thérapeutiques purement palliatives. Le sul-

fate de quinine est souvent impuissant contre les accès de fièvre et contre l'infection purulente.

Les vésicatoires, appliqués sur la région hépatique, sont quelquefois utiles. Dans le cas de Saussier (1), l'application d'un vésicatoire sur la région hépatique fit disparaître l'ictère et les coliques; mais, après quelque temps, les accidents reparurent avec une intensité plus grande. Les vésicatoires et les purgatifs ne produisirent aucun résultat, et le malade mourut. Les saignées locales doivent être employées avec prudence, et laissées de côté quand il y a tendance aux hémorrhagies. On devra, en outre, nourrir et soutenir le malade, mais s'attendre à n'enregistrer que des insuccès.

Lorsqu'on a reconnu la situation précise d'un kyste hydatique du foie dont le contenu est en voie d'élimination à travers l'appareil biliaire, il est nécessaire le plus ordinairement d'avoir recours à un traitement chirurgical. On doit se proposer d'établir une ouverture mettant la cavité de la tumeur en communication avec l'extérieur. Le traitement médical ne peut être alors employé qu'à titre d'adjuvant utile. C'est aux calmants et aux toniques que l'on devra surtout s'adresser.

La gravité des accidents qui surviennent presque constamment et l'impuissance des moyens médicaux expliquent suffisamment la nécessité d'une intervention chirurgicale.

L'abstention doit être très rare, et ne peut être justifiée que par l'existence de circonstances particulières. Lorsque la tumeur est peu volumineuse, que l'on peut espérer la

(1) Davaine. Ouvrage cité, page 494.

guérison, et que l'intervention chirurgicale est difficile et dangereuse, il est permis de s'abstenir.

Lorsqu'un kyste hydatique du foie s'éliminant à travers l'appareil excréteur de la bile vient à s'ouvrir dans les bronches, on peut ne pas établir une communication avec l'extérieur, surtout si la tumeur est difficilement accessible. Dans un cas de ce genre, la guérison a pu être obtenue, mais deux autres cas se sont terminés par la mort, malgré cette circonstance favorable. Si donc le kyste est facilement accessible, si l'évacuation par les bronches se fait avec difficulté, si enfin il survient des accidents graves, il pourra être indiqué de pratiquer une ouverture permettant l'évacuation de la tumeur à l'extérieur.

Lorsqu'on est absolument certain qu'un kyste hydatique du foie déjà en voie d'élimination à travers les voies biliaires s'est ouvert dans l'intestin, et que cette communication directe est suffisante pour permettre l'évacuation complète de la tumeur, on doit se contenter de prescrire les calmants, les purgatifs, les alcalins, et laisser de côté toute intervention chirurgicale.

En dehors de ces circonstances, il est de toute nécessité d'employer un traitement chirurgical, tant que la tumeur n'a pas complètement disparu, ou n'a pas diminué considérablement de volume.

On doit agir, même si le malade paraît bien portant. Souvent, en effet, la guérison n'est qu'apparente ; après un temps plus ou moins long, de nouveaux accidents surviennent avec une grande intensité, et amènent une mort rapide. Quelquefois, l'état général des malades n'est pas mauvais, l'élimination paraît se faire dans de bonnes conditions, les accès de colique hépatique sont peu intenses, accompagnés d'ictère passager, de fièvre peu marquée, jus-

qu'à ce que les vésicules les plus volumineuses s'engagent dans les voies biliaires et les obstruent. Cette obstruction, même lorsqu'elle n'est pas permanente, dure toujours un temps suffisant pour produire dans le foie des lésions, qui amènent rapidement la mort du malade.

Le traitement chirurgical a un double but : 1° établir une ouverture suffisante pour permettre l'évacuation complète du kyste à l'extérieur ; 2° éviter l'épanchement du contenu de la tumeur dans la cavité péritonéale.

Les ponctions à l'aide de petits trocarts, avec ou sans aspiration, avec ou sans injections antiseptiques, ne permettent de retirer que le liquide contenu dans le kyste, les membranes ne pouvant passer par la canule. Elles sont insuffisantes et ne peuvent être employées que comme moyen palliatif, utile cependant, dans certains cas. On comprend que, lorsque la poche est fortement distendue, une ponction avec un petit trocart, permettant d'extraire le liquide. empêche une rupture imminente et donne la possibilité d'attendre un moment favorable pour une intervention plus active. Ces ponctions d'ailleurs ne mettent pas à l'abri de la péritonite ainsi que le prouve le cas de MM. Hayem et Graux (observation VII).

Par la ponction avec un trocart suffisamment volumineux, on peut obtenir l'évacuation complète du kyste hydatique, surtout, si on laisse la canule à demeure, ou bien, si on la remplace par un drain. La présence de la canule ou du drain détermine encore la formation d'adhérences, si recherchée de tous ceux qui se sont occupés du traitement des kystes hydatiques du foie. Malgré des injections antiseptiques faites régulièrement dans la cavité du kyste, cette méthode n'a jamais donné de bons résultats, dans le cas d'élimination à travers les voies biliaires.

Provoquer la formation d'adhérences entre la paroi du kyste et la paroi abdominale, telle est la préoccupation qui a donné naissance à la méthode de Récamier. Cette préoccupation est légitime. Les adhérences empêchent l'épanchement du contenu de la tumeur dans la cavité péritonéale, et mettent à l'abri de la péritonite, l'accident le plus immédiat de l'intervention chirurgicale.

La méthode de Récamier a donc pour but d'ouvrir un kyste hydatique du foie, sans qu'il y ait épanchement de son contenu dans le péritoine. Elle consiste dans des applications répétées de potasse caustique, à mesure que les eschares sont tombées. Quand on arrive sur la poche par l'action du caustique, on incise la paroi avec le bistouri ou bien on attend l'ouverture spontanée. Cette méthode est encore en usage; seulement, on a substitué à la potasse caustique, la pâte de Vienne et la pâte de Canquoin dont l'action est plus facile à limiter.

Pour ouvrir les kystes hydatiques du foie dont le contenu est en voie d'élimination à travers les voies biliaires, cette méthode est le plus souvent trop lente. Elle peut être employée, lorsque l'on a du temps devant soi, lorsque l'état général du malade est excellent, et constitue un exemple de ces guérisons apparentes, dont il a été déjà question.

Dans la plupart des cas, il faudra avoir recours à des procédés plus rapides. On peut modifier la méthode d'ouverture par les caustiques de telle manière qu'elle réponde à cette indication. C'est ainsi que M. Tillaux, mon maître, peut, en quelques heures, ouvrir un kyste hydatique du foie, en modifiant la méthode qu'il emploie habituellement. Au lieu d'attendre que les eschares soient tombées pour faire une nouvelle application de pâte de Vienne, il fait des applications répétées du caustique à de courts intervalles. Lors-

qu'il est arrivé sur la poche, il enfonce dans la paroi une flèche de pâte de Canquoin, et il attend la chute de l'eschare. Les applications de caustiques doivent être assez étendues parce qu'une large ouverture est nécessaire.

On a conseillé de faire deux ponctions à une certaine distance l'une de l'autre, en laissant les canules des trocarts à demeure, ou bien, en les remplaçant par un drain. Ultérieurement, on inciserait les tissus qui séparent les deux orifices, de manière à avoir une large ouverture. Ce procédé peut être employé avec avantage dans certains cas.

La méthode de Bégin est plus rapide que celle de Récamier; elle consiste à inciser, couche par couche, les parois abdominales jusqu'au péritoine exclusivement. Bégin pansait la plaie avec de la charpie, et, après trois jours, supposant qu'il existait des adhérences suffisantes, il incisait la tumeur. Cette méthode est abandonnée ; peut-être, grâce aux progrès des pansements antiseptiques, comme le fait remarquer M. Dujardin-Beaumetz, pourrait-on utiliser ce procédé et voir s'il ne serait pas possible d'obtenir par ce moyen des adhérences suffisantes.

Dans les cas graves, alors qu'une intervention rapide est nécessaire, M. Tillaux n'hésiterait pas à inciser la paroi abdominale, couche par couche, jusqu'au péritoine exclusivement. Il enfoncerait alors une flèche de pâte de Canquoin dans la tumeur et attendrait la chute de l'eschare.

On pourrait peut-être, lorsqu'il paraît indiqué d'ouvrir très rapidement la poche, inciser couche par couche, soit à l'aide du bistouri, soit à l'aide du thermo-cautère, jusqu'à ce qu'on fût arrivé sur la paroi kystique. On passerait alors dans la paroi abdominale et dans la tumeur, par un procédé analogue à celui qu'on emploie dans l'opération de l'anus artificiel, des fils destinés à réunir les bords de l'ou-

verture de la paroi kystique aux bords de la plaie de la paroi abdominale. C'est seulement après avoir fait ces sutures qu'on ouvrirait largement la poche. De cette manière on éviterait probablement l'épanchement du contenu de la tumeur dans la cavité péritonéale.

Lorsque la tumeur hydatique fait une saillie très nette à l'extérieur, ce qui est rare dans le cas d'élimination à travers les voies biliaires, l'existence d'adhérences suffisantes est probable. Cependant il est prudent d'inciser couche par couche, soit avec le bistouri, soit avec le thermo-cautère, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur la poche. S'il existe des adhérences suffisantes, on n'a qu'à ouvrir la poche. Si les adhérences ne sont pas suffisantes et à plus forte raison s'il n'y en a pas, on peut, comme le ferait M. Tillaux, enfoncer une flèche de pâte de Canquoin dans la tumeur, ou bien, inciser la paroi kystique après l'avoir fixée par des sutures.

C'est dans ces cas où la tumeur hydatique fait une saillie bien nette qu'on pourrait employer le procédé préconisé par Dutrouleau pour les abcès du foie. Ce procédé consiste à faire une ponction aspiratrice dans la poche, en se servant ensuite de la canule comme d'une sonde cannelée pour inciser largement.

Quelquefois les kystes hydatiques font saillie sur la face convexe du foie, au voisinage du bord postérieur ou du bord droit de l'organe. Il peut être impossible de les atteindre par la paroi abdominale. Dans deux cas, où il s'agissait de kystes hydatiques qui offraient cette disposition, mais ne communiquaient pas avec les voies biliaires, Israell et Genzener opérèrent ces kystes par résection de côte, ouverture de la plèvre et incision du diaphragme. Les deux malades guérirent.

La femme opérée par Israell avait 33 ans. Dans une pre-

mière séance, le chirurgien réséqua un fragment de la sixième côte et ouvrit la cavité pleurale sous le nuage phéniqué. L'incision de la plèvre fut tamponnée avec de la gaze phéniquée, afin de déterminer la production d'adhérences entre la séreuse et le diaphragme. Une semaine plus tard, le diaphragme fut incisé par sa face pleurale et l'incision tamponnée encore avec de la gaze listérienne, pour provoquer la formation d'adhérences avec le foie. Au bout de neuf jours, le foie fut incisé à son tour et les vésicules hydatiques furent extraites. Un tube à drainage fut introduit dans la cavité hépatique par l'ouverture du thorax. L'opérée guérit au bout de neuf semaines et demie, sans avoir présenté de symptômes de pleurésie ou de péritonite.

Genzener, ayant affaire à un kyste suppuré du foie, à la suite de ponctions, l'opéra de la même façon, mais dans une seule séance, parce que le foie adhérait déjà au diaphragme. Le contenu purulent du sac hépatique se vida dans la plèvre; néanmoins, grâce à des lavages avec l'acide salicylique, la guérison fut parfaite dans l'espace de dix-huit semaines (1).

On pourrait dans des cas analogues imiter la conduite de ces deux chirurgiens.

La gravité du pronostic de l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires, semble justifier les interventions les plus hardies. C'est aux procédés les plus rapides que le plus souvent il faut recourir. C'est là l'opinion à laquelle s'est arrêté le professeur Trélat.

La méthode antiseptique doit être appliquée dans toute sa rigueur. Quel que soit le procédé employé, l'ouverture extérieure une fois obtenue, il faut vider complètement la

(1) Hayem. Revue des Sciences médicales, en France et à l'étranger, t. XV, 1879, p. 697.

tumeur hydatique et faire dans sa cavité des injections avec des liquides antiseptiques. On peut employer les solution d'acide phénique, d'acide borique, d'acide salicylique, de sublimé, de chloral.

On ne doit pas espérer qu'on obtiendra toujours d'heureux résultats. Malheureusement, dans bien des cas, quelle que soit la rapidité qu'on aura mis à pratiquer l'ouverture extérieure, l'intervention aura été trop tardive. Les lésions du foie produites par l'obstruction et l'angiocholite seront telles, que le rétablissement des malades sera impossible; ou bien, le canal hépato-cholédoque restant oblitéré, la privation de la bile qui s'écoule à l'extérieur et ne peut pénétrer dans l'intestin, aura pour conséquence un affaiblissement progressif qui amènera la mort.

CONCLUSIONS.

I, L'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires donne lieu à des lésions et à des symptômes très analogues à ceux que produit la migration des calculs biliaires.

II. Les lésions hépatiques sont toujours beaucoup plus graves. Dans l'obstruction calculeuse, la bile seule exerce son action sur les canaux biliaires ; l'angiocholite chronique est fréquente et l'angiocholite aiguë est rare. Dans l'obstruction par des hydatides, la bile est altérée par la présence des membranes vésiculaires. L'angiocholite chronique, quand elle se développe, est partielle ou dure peu, et fait bientôt place à l'angiocholite aiguë qui est presque constante.

III. La communication avec les veines, les ruptures possibles de la tumeur, aggravent encore le pronostic. A moins de circonstances favorables telles que coexistence de calculs biliaires, ouverture dans les bronches, communication avec l'intestin, la mort est la terminaison constante de la maladie.

IV. L'ouverture de la tumeur dans l'intestin est la terminaison la plus favorable. Si l'obstruction des voies biliaires persiste, la bile peut arriver dans l'intestin en passant par la poche. La guérison est la règle.

V. Le diagnostic de l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires est basé sur trois symptômes : 1° coliques hépatiques ; 2° ictère ; 3° présence des hydatides au milieu des matières fécales. La pénétration des gaz intestinaux dans la cavité kystique paraît caractériser la communication avec l'intestin.

VI. Le traitement varie, suivant qu'on peut déterminer ou non le siège de la tumeur hydatique.

VII. Lorsqu'on ne peut préciser le siège de la tumeur hydatique dont on reconnaît l'élimination à travers les voies biliaires, on ne peut instituer qu'un traitement médical.

VIII. Lorsqu'on peut préciser le siège de la tumeur, on doit avoir recours à un traitement chirurgical. Le traitement médical ne peut être employé alors qu'à titre d'adjuvant utile.

IX. La temporisation est le plus souvent nuisible. Il faut agir le plus promptement possible. Aussi les méthodes lentes ne sont pas toujours applicables.

X. Le traitement chirurgical a un double but : 1° établir une ouverture extérieure suffisante, pour laisser passer le contenu de la tumeur ; 2° éviter l'épanchement de ce contenu dans la cavité péritonéale.

XI. Les ponctions avec de petits trocarts ne peuvent être employées que comme moyen palliatif.

XII. Les ponctions avec de gros trocarts peuvent être seules pratiquées, si l'évacuation complète des membranes hydatiques peut être obtenue. Les injections antiseptiques sont nécessaires.

XIII. La méthode des caustiques, lorsqu'elle exige plusieurs jours pour amener l'ouverture de la tumeur, n'est applicable que si l'on a du temps devant soi.

XIV. On peut en faisant des applications répétées de caustiques à de courts intervalles et sans attendre la chute des eschares, arriver sur la tumeur en quelques heures.

XV. Si, par cette méthode, on a déterminé des adhérences suffisantes, on peut ouvrir la poche avec le bistouri ou le thermo-cautère, sinon on enfonce dans la paroi une flèche de pâte de Canquoin et on attend la chutede l'eschare.

XVI. Pour agir plus rapidement, on pourrait inciser la paroi abdominale jusqu'au péritoine exclusivement, et enfoncer dans la poche une flèche de pâte de Canquoin, ou bien, panser la plaie, jusqu'à ce que des adhérences permissent l'ouverture de la tumeur.

XVII. On peut ouvrir largement la poche dans une seule séance. L'incision de la paroi abdominale doit être faite couche par couche jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur la tumeur. Si l'on ne constate pas la présence d'adhérences suffisantes on ne doit inciser la paroi kystique qu'après avoir placé des fils, destinés à suturer les bords de l'ouverture du kyste aux bords de la plaie extérieure.

XVIII. On peut se servir du bistouri ou du thermo-cautère. La méthode antiseptique doit être appliquée rigoureusement.

XIX. Dans la plupart des cas, les méthodes rapides doivent être préférées.

XX. Le traitement chirurgical ne peut être négligé que lorsqu'il existe en même temps des calculs biliaires, ou bien que la tumeur hydatique est évacuée aussi par les bronches ; il doit être laissé de côté, si on est absolument sûr qu'il existe une communication directe suffisante entre la cavité du kyste et l'intestin. Le traitement médical sera alors utile.

OBSERVATIONS.

Observation I.

Kyste hydatique du foie en communication avec les voies biliaires (Gouguenheim) (1).

Une jeune femme de 26 ans, entrée à l'hôpital il y a six mois, était malade depuis 2 ans et demi.

Elle portait une tumeur s'étendant dans toute la cavité abdominale. On constatait par la palpation des bosselures dures, comme dans une tumeur cancéreuse; une de ces bosselures était plus mobile et plus rénitente.

Pas de vomissements. La femme était très amaigrie. Pas d'ictère.

Appétit conservé pendant longtemps.

Dyspnée quelquefois très intense.

Dans les deux derniers mois, œdème des jambes s'accroissant progressivement. Dans les derniers jours, ictère accompagné de symptômes typhiques; ataxo-adynamie; mort.

Autopsie. — Le foie a 40 centimètres transversalement sur 20 de hauteur; il présente des bosselures jaunâtres à sa surface; il ressemble tout à fait à un foie cancéreux; il remplissait les hypochondres et s'étendait très près de l'arcade des pubis. A la coupe on voit de très nombreuses cavités pleines d'hydatides; au microscope on constate la présence de crochets caractéristiques; la vésicule en est remplie et ses parois elles-mêmes forment de petites poches à forme tubéreuse, c'est cette bosselure plus mobile qu'on constatait pendant la vie.

Quelques-unes des poches s'étaient rompues dans les canaux biliaires, d'où l'ictère et l'origine des symptômes qui s'étaient manifestés sur la fin de la vie de la malade. La rate formait aussi une vaste poche remplie d'hydatides et prolongeat la tumeur du côté gauche.

Rien à noter pour les autres organes.

(1) Bull. de la Soc. anat. de Paris, année 1865, p. 485.

La circonstance curieuse de cette observation est la difficulté de diagnostic de la tumeur, qui ressemble beaucoup à une tumeur cancéreuse. L'âge du sujet, la longueur de la maladie, formaient les seules présomptions en faveur de l'opinion d'une tumeur à hydatides.

M. Cruveilhier. — Quelquefois ces poches hydatiques communiquent avec les voies biliaires; c'est précisément ici un de ces exemples. La poche est colorée par le liquide biliaire qui détermine la mort de l'hydatide et peut amener la guérison dans le cas de poche uniloculaire. Par malheur cette communication s'accompagne souvent d'accdents inflammatoires plus ou moins graves.

Observation II.

Kyste hydatique du foie, ouvert dans les voies biliaires (De Font-Reaulx) (1).

Gangain (Louis), 72 ans, ancien serrurier, entre, le 14 novembre 1865, à l'infirmerie de Bicêtre, salle Sainte-Foy, n° 18. Il a de la réfrigération, le pouls est fréquent, filiforme, égal, irrégulier; réponses brèves presque monosyllabiques.

Il dit qu'il a eu de la diarrhée les jours précédents et qu'il avait antérieurement des habitudes alcooliques. Il se dit bien et demande à être laissé tranquille.

Pas de vomissements. Douleur à la pression au niveau du foie, qui n'est pas augmenté de volume. Rien à l'examen des urines par l'acide azotique et la chaleur. Pupilles très contractées.

Dans la journée, alternatives de chaud, de froid et de sueurs.

Le 17. Purgation; dans la journée, adynamie profonde.

Le 18. Assoupissement, parfois raideur et secousses convulsives dans les membres, surtout du côté gauche. Respiration suspirieuse, fréquente. Sensibilité cutanée très émoussée, sensibilité de la conjonctive conservée. En pinçant la peau, surtout à la main, pli cutané très persistant. Ventre plat. Coma. Asphyxie progressive.

Le 19. Il ne répond plus, même état; mort le soir.

Autopsie. — 30 heures après la mort. — Amaigrissement peu considérable; coloration légèrement violacée; varices volumineuses aux membres inférieurs.

(1) Bull. de la Soc. anat. de Paris, année 1865, p. 646.

Crâne. — Artères peu athéromateuses. Lacune du volume d'une lentille au centre de la couche optique du côté gauche.

Tout le reste à l'état normal.

Abdomen et thorax. — Le foie un peu diminué dans son ensemble, est très adhérent à sa partie supérieure avec le diaphragme, surtout dans son lobe droit. Adhérence intime du poumon au diaphragme en ce point, et de la plèvre pariétale au diaphragme, à sa partie inférieure latérale droite. La vésicule biliaire est énorme, elle est très allongée, passe de la face inférieure au bord antérieur, très échancré en ce point et remonte sur la face supérieure du foie, jusqu'au centre de la surface supérieure du lobe droit. Par le toucher, on sent que la vésicule contient avec beaucoup de liquide, des corps solides qui, par la pression, donnent une sorte de crépitation neigeuse. Incisée, il s'écoule beaucoup de bile verdâtre, d'aspect normal, et trois calculs d'un noir d'encre, irréguliers : le plus gros a 2 centimètres de long, 1 de large, un 1/2 d'épaisseur ; ces calculs sont très friables En recherchant la cause de le crépitation que nous avons perçue, nous remarquons qu'elle se reproduit, en ne mettant même qu'un seul calcul dans la vésicule à peu près vide, et pressant ce calcul à travers les parois du réservoir biliaire, entre deux doigts comme pour chasser un noyau de cerise: ce sont les rugosités fines du calcul, frottant contre les aréoles de la vésicule, qui produisent cette sensation.

Le fond de la vésicule est adhérent au diaphragme et on peut facilement passer deux doigts entre la face inférieure du foie et la vésicule qui forme ainsi un pont.

Vers le milieu du foie se trouve un kyste hydatique irrégulier; il est composé de deux parties : une immédiatement placée sous le diaphragme, allongée d'avant en arrière et de gauche à droite; elle correspond au lieu d'implantation du péricarde et à la partie droite de la face supérieure du foie. Elle contient une grande quantité de vésicules hydatiques affaissées et un peu de liquide épais, jaunâtre, d'aspect purulent.

La paroi de cette poche est noirâtre et deux brides traversent la cavité. Cette partie du kyste a 10 centimètres de long, 5 de large ; elle est aplatie de haut en bas et n'a guère que 1 centim. de hauteur. Elle s'étend à droite jusqu'à la paroi costale, où elle adhère par l'intermédiaire du diaphragme et des plèvres dans l'étendue d'une pièce de 2 francs, à 1 centim. au-dessus du rebord inférieur des côtes.

Cette portion supérieure de la poche communique avec la partie inférieure, que nous n'avons pas encore décrite, au moyen d'une ouverture de 4 à 5 centimètres de diamètre. La poche entière est ainsi constituée en sablier. La partie inférieure de la poche est arrondie, a 7 centimètres de diamètre; elle s'étend jusqu'à 1 centim. de la face inférieure du foie. Elle a les mêmes caractères que la partie supérieure.

En suivant les voies biliaires, nous suivons la dilatation du canal cystique et du canal cholédoque, jusqu'à son embouchure dans le duodénum.

Les canaux hépatiques sont très dilatés, celui de droite, le plus large des deux, est perforé à 1 centim. de sa jonction avec le gauche. Cette perforation, de la largeur du petit doigt, le fait communiquer largement avec le segment inférieur de la poche. En incisant le canal cholédoque, nous trouvons, vers son milieu, une vésicule hydatique affaissée, teinte par la bile; la paroi du canal est incrustée de matières colorantes de la bile.

La veine porte est oblitérée par un caillot qui commençait à se décolorer, le caillot est adhérent dans le rameau droit; il se prolonge au loin; il est surtout adhérent au voisinage du canal hépatique du même côté.

La tumeur hydatique, à sa partie inférieure et postérieure, se prolonge jusqu'à la paroi de la veine cave. La face supérieure du kyste est limitée par le péricarde qui est épaissi dans l'étendue de 4 centim. de diamètre, fait relief, est blanc, dur, résistant; cette partie épaissie du péricarde est entourée d'une zone de vascularisation très prononcée.

A la coupe, le foie offre une augmentation de consistance et une coloration jaune foncé; çà et là de petites masses à différentes périodes; les unes grises, dures; d'autres jaunes et dures ; d'autres diffluentes et jaunâtres, d'aspect purulent.

Il y a environ une cuillerée de sérosité dans le péricarde.

Le cœur est un peu dilaté, ses fibres charnues sont atteintes de dégénérescence graisseuse avancée.

Les cavités gauches contiennent du sang de consistance et d'aspect gelée de groseilles.

Les poumons sont engoués aux deux bases. Aorte athéromateuse avec quelques ulcérations.

Rien à noter dans l'intestin, point de psorentérie.

Les reins offrent un certain degré de dégénérescence graisseuse de la substance corticale et de l'incrustation du sommet des pyramides de Malpighi.

La rate ferme a un volume normal.

Observation III.

Coliques hépatiques. Obstruction du canal cholédoque par la membrane d'un kyste hydatique. Mort. (Par M. Le Courtois, ancien interne des hôpitaux) (1).

M. E.., émailleuse, âgée de 26 ans, entre le 28 juin 1871 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Laboulbène suppléé par M. Lancereaux, salle Sainte-Eustache, n° 20; meurt le 3 juillet.

La malade donne, au point de vue de ses antécédents de santé les renseignements suivants:

Son père est mort jeune à la suite d'une maladie de poitrine. Ses frères et sœurs sont bien portants. Elle a eu un enfant il y a deux ans. Pendant le siège de Paris de 1870-71, elle a un peu souffert. Bien portante jusque-là, elle a été extrêmement fatiguée depuis deux mois par les fatigues que lui a occasionnées la maladie de son mari, mort poitrinaire, qu'elle a soigné sans cesser de travailler.

Il y a deux mois environ elle a éprouvé tout à coup dans l'hypochondre droit, le dos et l'épigastre, des douleurs si violentes qu'elle se roulait sur son lit. Les douleurs se sont reproduites avec la même violence à plusieurs reprises, en s'accompagnant de vomissements bilieux, sous forme d'accès bilieux pendant trois jours. Ensuite, elle est devenue jaune, selon ses expressions, surtout dans le blanc des yeux. L'ictère n'a pas disparu depuis cette époque et a même augmenté depuis quelques jours. A partir de ce moment, les crises douloureuses et les vomissements ne se sont pas reproduits. Les garde-robes se sont peu à peu décolorées et, en dernier lieu, ont pris, au dire de la malade, la couleur de terre glaise.

Le 26 juin, survient tout à coup un frisson violent suivi de sueurs; l'accès dure une demi-heure environ.

(1) Bull. de la Soc. anat. de Paris, année 1871, p. 142.

Le 27. Nouveaux frissons dans la soirée.

Le 28. Troisième frisson le soir.

Le 29. A neuf heures du matin, quatrième frisson violent suivi de sueurs abondantes.

Etat de la malade le 29, peu de temps après le quatrième frisson : ictère jaune olivâtre, plus prononcé à la surface du corps, léger sur les muqueuses.

Le foie, volumineux, descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le lobe gauche se trouve nettement à la hauteur de l'ombilic, ainsi que la scissure marginale interlobaire. Au-dessous de celle-ci, on sent une saillie arrondie très nette, de deux centimètres environ de diamètre, fluctuante, appartenant à une tumeur adhérente au foie, et dont le volume est rapporté à celui du poing.

Le lobe droit, uni, lisse, à rebord épais, est un peu douloureux.

Abdomen légèrement météorisé, sans épanchement.

Depuis la veille ou l'avant-veille de l'entrée (26 ou 27), il existe un hoquet continu.

Les lèvres sont légèrement fuligineuses, la langue rouge, les narines pulvérulentes ; en un mot état adynamique caractérisé. Rien d'anormal dans la poitrine, matières fécales décolorées.

Le 30. Hoquet persistant, pouls à 90°.

Vomissements abondants, colorés par le vin. Sulfate de quinine 0 gr. 60. Alcoolat d'aconit 4 gr. en potion. Verre d'eau de Sedltiz. Pas de frisson.

1er juillet. Absence de frisson, hoquet. Vomissements aqueux. La température dans l'aisselle, le matin, est de 35°,4, le pouls à 88. Le soir, la température est à 37°,2, le pouls s'élève à 108°. La tumeur augmente rapidement depuis deux jours. L'état adynamique semble moins prononcé. Le visage est un peu plus vif. Le soir, à six heures et demie, sueurs très abondantes. La nuit est calme.

Le 2. Le volume de la tumeur est doublé. Vomissements en partie alimentaires ; absence de frisson ; persistance du hoquet. Langue blanchâtre sur le milieu, rouge à la pointe. Traits moins vifs. Le matin, température à 36°, pouls à 96. Le soir, la température s'élève à 37,2.

Le 3. Le matin, la température s'élève à 35°,8, le pouls à 80. Mort sans agonie à cinq heures du soir.

Autopsie. Le lobe droit du foie, augmenté de volume, présente une

surface lisse et, vers sa partie supérieure, quelques saillies du volume d'une noisette, qui contiennent un liquide puriforme.

Volumineux d'une consistance molle, il adhère à la paroi abdominale, et sa surface est parsemée de plaques laiteuses.

Le lobe gauche, ratatiné, est transformé en poches multiples contenant un liquide semblable à du pus, il adhère au diaphragme. Le tissu hépatique a complètement disparu. Cette poche, formée par le lobe gauche a pour limites la capsule de Glisson. A côté d'elle se trouvent des loges et cavités, du volume d'une noisette et en communication avec elle.

La rate est volumineuse, offre des adhérences anciennes avec le diaphragme, et se trouve contiguë avec le lobe hépatique gauche sans lui adhérer.

La vésicule biliaire située dans l'énorme sillon qui sépare les deux lobes a son extremité inférieure dirigée en haut et en avant; elle est distendue par un liquide trouble et jaunâtre.

Après l'incision du duodénum on aperçoit l'ampoule de Vater allongée, à la suite de la *distension du canal cholédoque* et remplie par un bouchon d'aspect gélatineux. Une incision, faite sur le canal, montre qu'il est obstrué dans toute son étendue par le bouchon signalé qui se prolonge et n'est autre chose que la *poche d'un kyste hydatique*. Vers sa partie supérieure, le canal communique avec la cavité d'un kyste hydatique, situé immédiatement au-dessous de la vésicule et à côté d'elle. Le canal, dégagé du bouchon qui l'oblitérait, admet facilement le pouce dans sa cavité. La poche du kyste ne contient plus qu'un liquide d'aspect purulent, et c'est sa membrane qui s'est engagée dans le canal cholédoque au niveau du bouchon.

Le parenchyme hépatique incisé, paraît criblé de petits *abcès* du volume d'une lentille à celui d'une noisette. Le pus est coloré en vert par la présence de la bile. En certains points, on trouve sur les canaux biliaires grêles de petites *saillies verdâtres*, en forme de petites olives miliaires, qui paraissent être des dilatations canaliculaires distendues par une bile verte.

Parmi les abcès, les plus nombreux sont superficiels. Le tissu du foie, la où il existe encore, offrre l'aspect du granit; en certains points, il est ramolli, jaunâtre ou rouge violacé.

Les ganglions voisins sont caséeux ou purulents.

Les intestins n'offrent rien de particulier, ainsi que les viscères thoraciques.

Les reins sont pigmentés par la bile, surtout dans la région des acini. La plupart des autres organes sont pigmentés de la même manière.

Le cœur contient *un caillot fibrineux coloré en jaune.*

Observation IV.

Kyste hydatique du foie communiquant avec la vésicule biliaire considérablement distendue (Bouilly) (1).

Loq..., âgé de 30 ans, musicien ambulant, entre le 21 septembre 1872, salle Saint-Jean, à l'hôpital Cochin. Il est assez faiblement constitué, d'une apparence chétive.

Sa santé avait toujours été assez bonne jusqu'à l'âge de 24 ou 25 ans. A cette époque environ, pendant six mois, il fut pris de vomissements presque incessants; il rendait tout ce qu'il mangeait et en outre des matières verdâtres bilieuses. Les vomissements disparurent et ne se reproduisirent qu'à de longs intervalles; mais l'état général devint mauvais et le malade maigrit beaucoup.

Il y a deux ans, il remarqua qu'il portait une tumeur du côté droit du ventre; en même temps il fut encore repris de temps à autre de ses vomissements bilieux et alimentaires. Il éprouvait aussi des alternatives fréquentes de diarrhée et de constipation. Mais il n'y a que cinq semaines qu'il se trouve réellement malade; son ventre a pris des proportions qu'il n'avait jamais eues jusque-là; les vomissements ont reparu, la fièvre s'est allumée, et l'état général est devenu très mauvais. Œdème des extrémités inférieures. Un médecin en ville appliqua un vésicatoire sur le ventre et fit, dans le côté droit de l'abdomen, une ponction qui donna issue à cinq ou six litres de liquide.

Au moment de l'entrée à l'hôpital (31 septembre), facies cachectique terreux, amaigrissement considérable de la moitié supérieure du corps. Le malade n'a pas d'ictère et assure n'en avoir jamais eu. On constate un œdème très prononcé des extrémités inférieures et un dé-

(1) Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1872, p. 432.

veloppement énorme de l'abdomen avec distension des veines sous-cutanées, surtout au niveau des flancs et de la région épigastrique. L'examen de l'abdomen par la palpation et la percussion fait constater un épanchement considérable ; la sensation de flot est bien évidente dans presque tous les points, néanmoins, cet épanchement ne paraît pas libre dans la cavité péritonéale, il semble enkysté dans plusieurs poches ou bridé par des fausses membranes.

Le paquet intestinal n'occupe pas la place habituelle qu'on lui trouve dans l'ascite, c'est-à-dire surnageant à la partie supérieure du liquide. Au contraire, au creux épigastrique et dans les flancs on a une matité absolue.

En outre, le déplacement du malade ne fait pas varier les lignes de matité d'une manière sensible, en particulier si on le fait coucher sur le côté gauche, de manière à collecter le liquide dans les parties déclives, on obtient toujours du son à la partie inférieure gauche de l'abdomen, dans la fosse iliaque gauche où les anses intestinales semblent fixées.

Une ponction faite à droite, un peu au-dessous du niveau de l'ombilic, donne issue à six litres de liquide vert jaune qui semble coloré par la bile.

Après cette évacuation, le ventre ne s'affaisse pas complètement et il reste dans plusieurs points une sensation nette de fluctuation. Une seconde ponction, faite au-dessous de la première avec l'aspirateur Potain, donne encore issue à deux litres de liquide de même nature. Néanmoins, on ne parvient pas à vider complètement la cavité péritonéale et le ventre présente encore une certaine tension. Quelques jours après, sur les instances du malade, souffrant d'une dyspnée intense, on fait une troisième pontion qui ne donne issue qu'à quelques gouttes de liquide de même nature que celui précédemment retiré.

L'examen du poumon ne révélait qu'un peu de rudesse de la respiration aux deux sommets et une inspiration saccadée.

Le malade après avoir présenté des vomissements bilieux et alimentaires, revenant à peu près tous les deux jours et une diarrhée peu abondante, mais continuelle, succomba le 14 octobre aux progrès de la cachexie.

Autopsie. — 6 octobre. *Cavité abdominale.* Au moment où la paroi abdominale est incisée, il s'échappe par l'ouverture une quantité considérable de liquide jaune verdâtre, tout à fait analogue à celui qui a

été retiré par les ponctions. Cette quantité de liquide peut être évaluée à 8 ou 9 litres.

En même temps que le liquide, s'échappe un nombre énorme de poches hydatiques, les unes jaunes, les autres colorées en vert par la bile, ayant depuis la dimension d'une petite noisette jusqu'à celle d'une mandarine.

La quantité de poches d'hydatides fait remplir environ un litre et demi. Au premier abord il semble que ce liquide hydatique soit contenu dans la cavité péritonéale, mais un examen plus attentif fait découvrir que la poche, dans laquelle liquide et hydatides sont contenus, se continue en haut avec le foie et qu'il s'agit là d'une poche distincte.

En effet, on trouve que cette poche très considérable est située entre le péritoine pariétal et le feuillet du grand épiploon ; elle a contracté avec la séreuse des adhérences intimes, mais qui ne sont pas très solides et que l'on peut rompre avec les doigts. Incisée dans toute sa hauteur, depuis le bord antérieur du foie jusqu'à la symphyse pubienne et, débarrassée des hydatides, cette poche se présente sous l'aspect suivant :

Sa face interne est mamelonnée, hérissée de petits sillons s'entrecroisant en tous sens et formant de petits espaces quadrangulaires colorés en jaune verdâtre par la bile. La face externe est adhérente d'une part à la paroi abdominale antérieure ; d'autre part elle est appliquée contre la paroi postérieure de la cavité abdominale, surtout du côté droit et contre la colonne vertébrale qu'elle franchit pour s'étendre dans le côté gauche. Elle masque le paquet intestinal qui est dérobé aux regards ; car en haut cette poche se continue avec le bord antérieur du lobe droit du foie, en arrière elle s'attache vers le hile de cet organe dans la moitié droite environ, mais son insertion postérieure au foie se fait sur une moins grande étendue qu'en avant.

Le foie lui-même présente une augmentation considérable de volume, surtout dans son lobe droit qui est bosselé à sa partie antérieure et supérieure, laquelle est très adhérente au diaphragme.

En rompant ces adhérences, on remarque que le lobe droit du foie presque tout entier est transformé en un vaste kyste. Les parois de ce kyste semblent formées seulement par la capsule de Glisson considérablement épaissie, ayant environ 1 millimètre 1/2 d'épaisseur et offrant une dureté cartilagineuse ; il ne paraît plus y avoir de traces de

tissu hépatique. L'intérieur du kyste est tapissé par une matière noire, jaunâtre, il est complètement rempli de poches d'hydatides.

Le kyste entier présente à sa partie inférieure, vers le hile du foie, une large communication avec la poche située au-dessus et qui faisait tumeur dans la cavité abdominale. Cet orifice de communication est parfaitement circulaire, de la largeur environ d'une pièce de 5 francs et admet facilement trois doigts placés de champ.

Ses bords sont nets et arrondis, ne présentant aucune bride cicatricielle pouvant faire admettre qu'il s'agit là d'une ouverture anormale ayant succédé à une ulcération. C'est un orifice normal ayant subi une dilatation progressive considérable.

Il y a donc communication des plus évidentes entre le kyste du foie et la grande poche située dans la cavité abdominale.

L'examen attentif du rapport des parties révèle que cette poche n'est autre que la vésicule biliaire énormément distendue, dans laquelle ont pénétré les hydatides et que la tumeur abdominale n'était formée que par cette vésicule ayant subi une distension excessive.

Les adhérences avec le foie d'une part, avec la paroi abdominale d'autre part, et l'enkystement parfait du liquide, nous expliquent clairement comment, pendant la vie, la matité ne se déplaçait pas par les diverses attitudes que l'on faisait prendre au malade.

On aperçoit, sous la vésicule détachée de tous côtés de ses adhérences; le paquet intestinal refoulé et adhérent le long de la colonne vertébrale et dans les fosses iliaques, le kyste n'a pas envahi la fosse iliaque gauche et dans ce point on trouve, réunis par des adhérences, l'S iliaque et une partie du gros intertin La présence de l'intestin en ce point et la fixité de la tumeur, font comprendre, pourquoi on trouvait de la sonorité dans la fosse iliaque gauche, bien qu'on fit coucher la malade sur ce côté.

Le péritoine, dans presque toute l'étendue des points où il a contracté des adhérences avec la vésicule biliaire distendue, présente des traces de péritonite chronique.

La face externe de la vésicule, offre plusieurs petits kystes hydatiques de la grosseur d'une noisette. Elle est doublée par du tissu conjonctif de nouvelle formation. Inutile d'ajouter qu'à la place ordinaire occupée par la vésicule biliaire on ne trouve pas de traces de cet organe.

Les autres organes de la cavité abdominale ne présentent rien à noter.

Cavité thoracique. — Cœur gros, vaisseaux sains. Les poumons présentent dans toute leur étendue une éruption généralisée de tubercules qui paraissent de date récente.

Observation V.

Kyste hydatique du foie. Suppuration de là cavité kystique : communication avec l'intestin. Evacuation des hydatides. Guérison. (Service de M. le professeur Lasègue, hôpital de la Pitié. Observation prise par Suc, interne des hôpitaux) (1).

Le 10 juillet 1871, entrait dans la salle Saint-Charles une malade âgée de 39 ans, exerçant la profession de blanchisseuse. Quoique d'une constitution faible et d'un tempérament lymphatique, elle n'accuse aucun antécédent morbide et elle n'a fait aucune maladie grave. Mariée depuis douze ans, elle a eu neuf enfants, dont cinq seulement vivent actuellement; la dernière grossesse, qui remonte à cinq ans, fut laborieuse, et la malade resta longtemps à la suite de cet accouchement sans pouvoir se remettre complètement.

Il y a trois ans, elle eut de violents chagrins et c'est depuis cette époque que ses forces commencèrent à diminuer. Elle éprouvait alors de fréquents malaises, dont il est assez difficile aujourd'hui de saisir les caractères nets et précis ; de temps en temps elle ressentait des douleurs assez violentes au niveau de l'hypochondre gauche. La malade dit même s'être aperçue, dès ce moment, d'une grosseur qui se produisait et disparaissait avec des alternatives plus ou moins répétées, et qui siégeait au creux épigastrique.

Pendant la guerre et l'investissement de Paris, par suite de sa position précaire, elle eut à endurer de grandes privations et c'est surtout de la faim qu'elle eut à souffrir ; aussi, à dater de ce moment, les malaises qu'elle avait ressentis auparavant revinrent avec plus de fréquence et d'intensité.

Elle éprouvait une sensation constante de pesanteur à l'estomac; elle restait quinze jours avec une inappétence complète, puis l'appétit reparaissait pour durer quelque temps.

A des intervalles différents, elle était en proie à des crises douloureuses qui duraient environ une demi-heure; ces crises avaient leur

(1) Arch. gén. de méd., 1873.

siège maximum à l'hypochondre droit et l'épigastre; les douleurs éprouvées sont comparées par la malade à des coliques intenses, dont quelques-unes même furent accompagnées d'une douleur de retentissement dans l'épaule droite.

Pendant ce temps, elle avait des nausées, mais jamais elle n'eut de vomissements, pas plus du reste que dans les moments où elle jouissait d'un calme relatif.

Ces crises revinrent peu à peu plus fréquemment et, vers la fin de l'année 1872, la malade en avait tous les mois.

Jamais à la suite il n'y eut d'ictère véritable, mais elle affirme que ses urines devenaient très fortement colorées pendant plusieurs jours.

La constipation était habituelle et la malade n'allait à la garde-robe que tous les cinq ou six jours.

Elle pouvait encore se livrer aux occupations pénibles de sa profession; mais, à partir du mois d'avril 1873, les douleurs qu'elle éprouvait antérieurement redoublèrent de violence; elle commença à maigrir, perdit ses forces et la peau prit une teinte subictérique, sans que cependant cet accident ait été la conséquence d'une crise plus douloureuse ou plus longue de coliques.

Les périodes menstruelles s'accomplissaient encore assez régulièrement.

Au commencement de juin, il n'y avait plus trace d'ictère; la malade néanmoins gardait la chambre sans être alitée, quand elle fut prise subitement, sans cause appréciable, vers la fin de ce mois, de coliques violentes ayant toujours les mêmes sièges et qui cette fois seulement persistèrent cinq ou six heures environ.

A la suite de cette crise, elle resta plusieurs heures sans connaissance, de sorte que les renseignements que nous pouvons recueillir à ce sujet sont fort incomplets.

Depuis cette époque jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital, la malade fut obligée de garder le lit, à cause de sa faiblesse excessive. Elle avait de l'appétit un jour, puis le lendemain au contraire il y avait une anorexie absolue; à aucun moment il n'y eut ni vomissement, ni diarrhée; la constipation était même le phénomène habituel.

Voyant ses forces diminuer de jour en jour, l'amaigrissement faire des progrès incessants, elle entra à l'hôpital le 10 juillet.

Si nous résumons les principaux symptômes subjectifs, nous voyons qu'il s'agit dans ce cas d'une malade faisant remonter le début de son

affection à trois ans environ ; depuis cette époque il y a un malaise général, de l'amaigrissement, de l'inappétence; de plus une sensation constante de pesanteur de l'épigastre, avec des crises revenant de temps à autre, crises ayant le caractère de coliques douloureuses et fréquemment accompagnées d'un retentissement notable et pénible dans l'épaule droite.

La malade parle bien d'une grosseur qui siégeait au creux épigastrique, mais il ne semble pas, jusqu'à présent, qu'on doive attribuer à ce signe une valeur importante dans le diagnostic. Depuis quatre mois, une teinte subictérique s'est manifestement prononcée, mais c'est la première fois, et jusqu'alors aucune des crises douloureuses n'avait été suivie de ce signe, qui annonce une perturbation quelconque dans le parcours des voies biliaires : nous en excepterons cependant ce signe rappelé par la malade, que chacune de ces crises de coliques était accompagnée pendant quelques jours de l'expulsion d'une urine fortement colorée. A priori et avec ces seuls renseignements, on devait manifestement songer à une obstruction temporaire et momentanée des voies biliaires par un corps étranger et par conséquent par des calculs biliaires.

Voyons maintenant si l'examen de la malade pouvait justifier cette hypothèse.

L'amaigrissement est considérable, l'asthénie des plus prononcées. Toute la peau, ainsi que les sclérotiques, sont le siège d'une coloration subictérique manifeste: cet ictère date seulement de deux ou trois jours et il n'a pas succédé à une crise nouvelle de coliques.

Les urines sont assez foncées et l'acide nitrique permet d'y retrouver les matières colorantes de la bile en assez forte proportion.

La langue est recouverte d'un enduit saburral ; anorexie absolue ; constipation depuis sept jours.

L'examen de la région hépatique révèle des particularités importantes : la simple palpation du foie fait éprouver à la malade de violentes douleurs et, à l'épigastre principalement, ainsi que dans la partie adjacente de l'hypochondre droit, on a une sensation marquée de rénitence.

Par la percussion, on peut déterminer les limites du foie, et l'on voit que cet organe dépasse les fausses côtes du côté droit d'environ deux travers de doigt ; à la région épigastrique, il est absolument im-

possible de fixer les limites précises du foie, car la percussion provoque sur ce point des douleurs très violentes.

En tout cas, dans tous les points où l'on peut limiter le bord antérieur ou la face convexe du foie, on ne sent aucune espèce de dépression, ni de déformation ; à la vue également, il n'y a ni voussure ni saillie anormale.

Pas de météorisme intestinal, pas d'accite, pas de développement veineux supplémentaire dans l'épaisseur des parois abdominales. Tous les autres organes sont dans un parfait état ; les battements du cœur sont un peu forts, mais il n'y a pas de bruit de souffle, aucune espèce de lésion des bronches ou des poumons; le pouls n'est pas ralenti, la fièvre est modérée. (Pouls 76. Temp. axillaire 38°.)

On voit que la réunion de ces symptômes objectifs ne permettait pas de modifier le diagnostic porté à priori ; seulement, cette douleur spontanée et provoquée, dont le maximum était à l'épigastre, semblait indiquer la participation du péritoine périhépatique à la lésion dont le foie était le siège initial : telle fut du reste l'opinion admise, et l'on verra par la suite qu'elle fut pleinement justifiée.

14 juillet. La malade se plaint d'avoir passé une mauvaise nuit; elle a souffert d'une façon permanente dans tout l'hypochondre droit et à l'épigastre ; elle a ce matin 98 pulsations et on constate, en outre, que la peau présente une teinte ictérique bien plus accentuée.

A l'aide de laxatifs, des garde-robes ont eu lieu et on a pu s'assurer qu'elles étaient colorées et que par conséquent il n'y avait pas une obstruction complète du canal cholédoque.

Le 20. On trouve que la malade tombe dans un abattement de plus en plus absolu; elle est très affaiblie. Ses nuits sont mauvaises, pénibles, et ce matin elle a eu deux vomissements, composés en grande partie de bile. Toute la région hépatique est le siège de douleurs très vives, spontanées et augmentées par la pression. De temps en temps, ces douleurs reviennent sous forme d'accès et, au moment de ces redoublements, il y a un retentissement dans l'épaule droite. (Pouls 90. Temp. axillaire 38°.)

Les urines renferment toujours une assez forte proportion de bile. Injection de morphine. Ventouses scarifiées sur les parties douloureuses. Cataplasmes laudanisés. Belladone à l'intérieur.

Le 27. Les nuits sont meilleures; la fièvre diminue, 37°,5. L'ictère tend à disparaître; les coliques qui reviennent toujours à intervalles

irréguliers sont moins vives; le foie conserve toujours le même volume et, à la région épigastrique, on éprouve toujours une sensation de rénitence, mais sans aucune espèce de fluctuation ni d'induration; du reste, sur ce point, la palpation et la percussion sont toujours fort douloureuses, de sorte qu'à ce niveau, il n'est pas très facile de préciser les limites absolues du foie; on peut cependant affirmer qu'en ce point il ne déborde pas sensiblement l'appendice xiphoïde.

Il y a toujours de la constipation, et les purgatifs administrés fréquemment ne produisent qu'un effet momentané. La teinte ictérique est beaucoup moins prononcée; la malade s'alimente de bouillons et potages. Calomel.

6 août. L'amélioration continue ; le facies est meilleur, la teinte subictérique ne s'observe plus qu'au niveau des sclérotiques et les urines contiennent une faible proportion de bile.

La langue est bonne, l'appétit modéré, mais cependant les digestions s'exécutent assez bien et le travail de la digestion gastrique ou intestinale ne semble nullement en rapport avec la réapparition des douleurs. Depuis quelques jours, il y a de la diarrhée, mais celle-ci a été manifestement provoquée par l'usage continu du calomel.

Le foie déborde toujours les côtes de deux travers de doigt et la malade éprouve des douleurs continues avec des périodes d'exacerbation; en outre, leur siège maximum est constamment à l'épigastre.

Jusqu'alors, dans l'évolution de cette affection, rien n'était venu modifier l'opinion qu'on se trouvait en présence d'une affection calculeuse du foie ayant amené certaines perturbations secondaires, rares à la vérité, mais enfin pouvant recevoir des explications plausibles. Les crises de douleurs, suivies d'une coloration plus foncée du tégument externe et des urines, s'accompagnant d'un retentissement pénible dans l'épaule droite, semblaient indiquer le passage des calculs dans les voies biliaires, la douleur du creux épigastrique, les vomissements qui avaient eu lieu en même temps que s'était montrée une fièvre manifeste, pendant une huitaine de jours, semblaient annoncer un certain signe d'inflammation du péritoine périhépatique, par suite de l'irritation causée par le passage des calculs dans les voies biliaires; enfin l'augmentation de volume du foie s'expliquait facilement par l'augmentation de volume de cet organe.

C'est alors que la maladie entra dans une phase nouvelle.

Le 7. Les douleurs deviennent continues, mais principalement dans

un point circonscrit à la région épigastrique; le pouls s'accélère : 96 pulsations le matin, 110 le soir ; la température suit également une marche ascendante et, progressivement, elle va osciller les jours suivants entre 39° et 40°,8. L'appétit se perd complètement, la malade est prise de nausées. De plus, à partir du 12 août, des accès de fièvre très intense se manifestent d'une façon irrégulière, mais précédés constamment d'une période de frissons très accentuée.

L'ictère reparaît de nouveau; les garde-robes, rares, sont grisâtres, décolorées.

Le foie est toujours augmenté de volume, extrêmement douloureux, même quand la palpation est faite avec la plus grande douceur.

En présense de cette fièvre continue rémittente, vu l'état général de la malade qui décline rapidement, dont l'amaigrissement est excessif, et qui est en proie de temps à autre à des sueurs profuses, on pense à une suppuration interstitielle s'opérant dans les voies biliaires, à une angiocholite calculeuse; aussi, craignant une pyohémie dont les symptômes étaient assez menaçants, on administra le sulfate de quinine.

Le 22. Les accidents précédents ne se sont pas modifiés. On observe que la douleur est devenue de plus en plus intense au niveau du bord libre du foie; la malade ne peut supporter à ce niveau la moindre pression, le moindre vêtement; la langue est sèche, les traits de la physionomie sont tirés, les yeux excavés, la voix éteinte, il y a un état nauséeux contineuel, en un mot, toute une série de symptômes qui indiquent une péritonite jusqu'alors circonscrite.

Mais, en même temps, on note un phénomène nouveau d'une grande importance: nous voulons parler de l'apparition d'une tumeur arrondie, de la dimension d'une pièce de cinq francs en argent, à la partie moyenne du creux épigastrique; à ce niveau, la paroi abdominale fait saillie et on y constate manifestement de la fluctuation.

Que s'est-il donc passé? S'agit-il d'un abcès du foie, d'une péritonite circonscrite consécutive à la rupture d'un des canaux biliaires, ou bien enfin, troisième hypothèse, est-ce simplement la vésicule biliaire fortement distendue et enflammée? De toutes manières nous assistons comme l'indiquent les symptômes généraux et locaux, à un travail suppuratif dont l'organe hépatique a été le point de départ.

Jusqu'au 26 août ces phénomènes restent à peu près sans changement. L'état général est très grave, la fièvre intense (116 puls. 40°,2); les frissons sont moins fréquents et moins violents, mais la langue

est sèche et fuligineuse, la teinte ictérique est assez prononcée ; les signes de péritonite restent cependant localisés au niveau du bord antérieur du foie, où la pression est excessivement douloureuse, et où la malade éprouve des douleurs continuelles. La tumeur fluctuante qui existe au creux épigastrique présente toujours le même volume; nausées fréquentes, mais pas de vomissements, constipation.

Le 28. Dans la nuit, la malade a été prise tout d'un coup de vomissements et peu de temps après elle a été à la garde-robe. La quantité dee matières vomies est d'environ 150 grammes: elles sont liquides, fortement colorées par la bile à la surface, tandis qu'au fond ce sont des matières blanchâtres qui examinées au microscope sont constituées en grande partie par des leucocytes: de plus, ces matières ont une véritable odeur fécaloïde. Dans les garde-robes on trouve trois vésicules hydastiques du volume d'une noix, deux sont ouvertes tandis que la troisième est fermée. Au microscope, on observe à l'intérieur de cette dernière un grand nombre de crochets. Les matières sont colorées par la bile et renferment également du pus en abondance.

La malade se trouve extrêmement soulagée, la détente est manifeste et, de plus, on constate ce matin un affaissement absolu de la tumeur épigastrique; la palpation est facile, peu douloureuse, il n'y a plus trace de fluctuation.

On trouve encore dans les garde-robes, rendues le 30 août, deux kystes hydatiques ouverts, mais les selles restèrent purulentes jusqu'au 10 septembre.

L'état général à partir du 30 août s'améliora rapidement; la fièvre cependant persista pendant une dizaine de jours et le foie resta douloureux trois semaines encore après l'évacuation de ces kystes; la coloration ictérique disparut aussi à ce moment.

Peu à peu l'appétit reparut, la malade reprit des forces, et le 15 octobre elle quittait l'hôpital sur sa demande.

Mais le foie présentait encore un volume anormal, et la malade éprouvait encore des douleurs dans l'hypochondre droit et au niveau de l'épigastre. On ne peut donc affirmer la guérison complète.

Observation VI.

Kyste hydatique du foie, ouvert dans les conduits biliaires (Sevestre) (1).

L..., marchande ambulante, âgée de 52 ans, entre le 26 mai 1873, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Fauvel, salle Sainte-Anne, n° 29). Cette femme, amaigrie, et dans un profond état de cachexie, fait remonter à quinze jours seulement le début de sa maladie. A cette époque, en revenant du marché, elle fut prise de vomissements et de diarrhée. Les vomissements ont duré pendant deux jours, puis ont cesssé. La diarrhée a persisté jusqu'au moment de l'entrée.

La malade dit s'être bien portée jusqu'alors. Elle a seulement eu il y a vingt ans une jaunisse qui n'a duré que quelques jours. Par l'examen du ventre on reconnaît immédiatement l'existence d'une tumeur à l'épigastre, tumeur véritablement énorme et dont cependant la malade ne s'était point aperçue jusqu'au moment où elle fut prise des accidents signalés plus haut. Cette tumeur lisse, rénitente, qui se continue avec le foie est considérée sans hésitation comme formée par un kyste hydatique, développé surtout vers la face convexe du foie.

En effet, on retrouve le bord antérieur de cet organe au niveau de l'ombilic et sur ce point il paraît assez mince, au moins à droite. Par la partie supérieure, la matité se continue assez haut en avant et surtout en arrière, où l'on ne trouve de cavité qu'à la partie supérieure (à peine la moitié) du thorax.

Pas de frémissement hydatique, ni rien qui lui ressemble. Du reste, les troubles dans les fonctions digestives, résultant de la présence de cette tumeur, sont à peu près nuls. La malade présente une teinte terreuse analogue à celle des gens affectés de cirrhose hépatique plutôt qu'une teinte ictérique véritable; pas de pigment biliaire dans l'urine. Pas d'ascite ; seulement un peu de douleur dans la région hépatique, douleur profonde que la pression n'exagère point. Par contre, la respiration est très gênée, probablement par le fait de la compression du poumon droit, refoulé un peu en haut et peut-être plus encore par l'immobilisation du diaphragme. Aussi la ponction serait-elle immédiatement pratiquée, si l'état général de la malade n'était point

(1) Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1873, p. 416.

aussi détériorée et ne faisait craindre une syncope pendant l'opération.

La mort survint le 3 juin.

Autopsie. — Le poumon droit est réduit au volume du poing, le gauche emphysémateux est un peu congestionné à la base.

La tumeur remplit une partie de la cavité thoraco-abdominale, elle est en haut coiffée par le diaphragme, qui lui adhère intimement dans la plus grande partie de son étendue.

La paroi du kyste à la partie supérieure est très mince et paraît même sur le point de se déchirer (au moment où la tumeur fut enlevée elle se rompit dans la plèvre droite). Cette rupture n'aurait pas tardé à se faire spontanément si la malade avait survécu. Ce kyste ayant été incisé est trouvé rempli d'un liquide purulent, dans lequel nage la vésicule hydatique détachée de la paroi par suppuration. Cette membrane s'engage aussi dans un orifice qui, après dissection des organes, qui se trouvent au niveau du sillon transverse, est reconnu pour le conduit hépatique. En effet le canal cholédoque est aussi rempli par un prolongement de la membrane hydatique repliée sur elle-même et teinte par la bile. Ce prolongement s'arrête au niveau de l'orifice duodénal lequel est très petit, mais non oblitéré.

Le canal cholédoque a un diamètre un peu supérieur à celui d'un crayon. En suivant alors ce canal jusque vers la poche hydatique, on voit que la rupture du kyste s'est faite dans le conduit hépatique du côté gauche, tout près du point où il s'abouche avec celui du côté droit : celui-ci est normal et rempli de bile. La membrane hydatique est par places dans l'intérieur de la poche kystique teintée par la bile. Le conduit hépatique gauche peut être suivi dans la paroi de la tumeur jusqu'à une distance de 6 ou 8 centimètres. Là il devient de plus en plus aplati et ses parois se confondent.

Observation VII.

Kyste hydatique du foie, ouvert dans les voies biliaires. Coliques hépatiques. Angiocholite avec accès fébriles intermittents. Mort par péritonite à la suite d'une ponction aspiratrice (Dr Hayem, médecin des hôpitaux, et Graux, interne des hôpitaux) (1).

La nommée L... (Rosalie), âgée de 26 ans, couturière, est entrée le

(1) Bull. de la Soc anat. de Paris, 1874, p. 145.

26 janvier 1874, dans le service de M. Hayem, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Paule, n° 6, pour un ictère datant de plusieurs jours. C'était la quatrième fois que cette femme, qui avait d'ailleurs toujours eu une bonne santé jusque dans ces temps derniers, était atteinte de jaunisse.

La première atteinte remonte à deux ans; à la suite de douleurs, qui n'avaient duré qu'une nuit, mais avaient été très vives, au creux épigastrique; elle eut sans vomissement, sans malaise aucun, un ictère très intense qui se termina rapidement sans laisser aucun malaise à sa suite.

La deuxième eut lieu vers mars 1873; pendant le sixième mois d'une grossesse d'ailleurs normale, elle eut des douleurs dans les reins et au creux épigastrique, douleurs sourdes qui durèrent environ huit jours et ne s'accompagnèrent ni de vomissements, ni de diarrhée.

Les uns aurestèrent très colorées, pendant une quinzaine de jours.

La troisième jaunisse se rattache à la maladie actuelle. Il y a cinq semaines, vers le 20 décembre 1873, cette malade fut prise brusquement, au milieu de la santé, d'une véritable attaque de colique hépatique : douleur au creux épigastrique, douleur dans la région lombaire, sensation de déchirement dans l'hypochondre (pas d'irradiation dans l'épaule), pas de douleur dans les régions de l'abdomen. En même temps elle fut prise de vomissements bilieux et devint jaune immédiatement.

Elle entra quelques jours après (28 novembre) dans le service fait par M. Fernet. On lui trouva le foie volumineux et douloureux à la pression, les urines étaient fortement ictériques, mais les selles n'étaient point décolorées, ce qui fit penser qu'il s'agissait d'une obstruction incomplète des voies biliaires, due probablement à des calculs.

Les accidents s'améliorèrent peu à peu, l'ictère commença à s'effacer et la malade quitta l'hôpital le 15 janvier 1874.

Mais elle fut bientôt reprise de douleurs dans le côté et de vomissements; pendant les six derniers jours qu'elle passa chez elle, elle eut chaque jour, vers une heure de l'après-midi, un accès de fièvre composé de ces 3 stades : un frisson d'une durée de cinq à vingt minutes et d'une intensité variable (se bornant quelquefois à un simple frissonne-

ment, allant d'autres fois jusqu'au claquement de dents); une élévation de température, une transpiration abondante.

Le tout durant à peu près une heure et demie ou deux heures. Après les accès la malade était très fatiguée; elle vomissait quelquefois.

Le matin elle allait un peu mieux et pouvait prendre quelques aliments.

État actuel. — Aujourd'hui, 26 janvier au soir, elle est très pâle et paraît excessivement faible; elle présente une teinte jaune terreuse plutôt qu'ictérique; les conjonctives et la muqueuse linguale ne sont nullement colorées en jaune. Le foie est très volumineux et descend beaucoup au-dessous du rebord des fausses côtes, soulève le creux épigastrique et on sent à ce niveau une tuméfaction lisse résistante, élastique, se prolongeant dans le flanc droit et la partie supérieure de la région ombilicale.

Le ventre est peu ballonné, ses parois sont dépressibles et on trouve facilement, à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, le bord libre du foie qui est moins dur et moins tranchant qu'à l'état normal.

La matité hépatique remonte assez haut, son étendue est de 13 c. 1/2 sur la ligne médiane, 14 c. 1/2 sur la ligne mamelonnaire.

La submatité donne 16 c. 1/2 sur la première ligne, 19 c. 1/2 sur la seconde. La pression du foie est douloureuse dans toute son étendue, mais surtout à l'épigastre. A ce moment, pas de fluctuation appréciable, mais la percussion du foie d'avant en arrière n'a pas été pratiquée.

Rien au cœur, rien dans les poumons. L'urine n'est pas ictérique. (Pas de coloration par l'acide nitrique.) T. A. 39,6 ; P. 112.

Le 27. Même état ; respiration brève et sacadée, inspiration très peu profonde interrompue brusquement par la douleur que cause l'abaissement du diaphragme. Pas de vomissements. Appétit nul. Soif vive. Bouche amère, langue sèche. Matin T. 37,6. Soir 39,4 ; P. 132.

Le 28. La douleur épigastrique est très vive, les accès fébriles reviennent régulièrement l'après-midi ; hier frisson très violent. Le diagnostic porté est: fièvre intermittente symptomatique d'une inflammation des voies biliaires. Matin, T. 37,4; P. 84. Soir, T. 39,2. Prescription: sulfate de quinine 0,75 centigrammes.

Le 29. Très grande anxiété, douleur vive dans le côté et dans le

dos, sensation d'arrachement, de torsion dans le côté et l'épigastre. Matin, T. 38°; P. 116°. Soir, T. 39°; P. 112°.

Le 30. Même état. Matin, T. 39,7; P. 96°. Soir, T. 38,2; P. 112.

Le 31. Même état. Matin, T. 38,5.

1er février. Dyspnée plus intense, vomissements non alimentaires de bile pure, facies un peu ictérique. En arrière submatité aux deux bases, râles sous-crépitants fins. Urine acajou par l'acide nitrique; couche verdâtre, dans les parties inférieures, supérieurement, diaphragme épais d'acide urique. Matin, T. 37,8. Soir, 39,2, P. 100. Prescription, sulfate de quinine 1 gramme, bicarbonate de soude, vésicatoire en arrière de la poitrine.

Le 2. Chaque mouvement respiratoire occasionne une douleur très vive, non seulement dans le côté, mais dans tout l'abdomen; la malade est obligée de fléchir les cuisses sur le bassin pour calmer un peu cette douleur. Vomissements bilieux et alimentaires toute la nuit.

La saillie que le foie forme à l'épigastre et au-dessus des fausses côtes est plus considérable. Matin, T. 39,2 (sulfate de quinine un gramme).

Le 3. Même état. Soir, T. 39,4; P. 132; sulfate de quinine 1 gramme, bicarbonate de soude 4 grammes.

Le 4. Respiration de plus en plus brève et superficielle. Narines fortement dilatées. En arrière la matité du foie remonte très haut. Matin, T. 37,2. Soir, T. 39,2; P. 120.

Le 5. Depuis deux jours, la teinte terreuse de la peau est devenue un peu plus ictérique; l'urine qui, il y a cinq jours, donnait une très légère coloration verdâtre avec l'acide nitrique, en donne aujourd'hui une très intense.

La dyspnée est très grande et la douleur dans le côté droit est augmentée. Le foie descend encore plus bas, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; sur la ligne mamelonnaire, on sent, en posant la main à plat au-dessous du rebord des fausses côtes, une voussure légèrement saillante, lisse, régulière. En ce point, on a assez nettement la sensation d'une fluctuation profonde.

Une ponction, faite à ce niveau avec l'aiguille n° 1 de l'appareil Dieulafoy, donne issue à 150 grammes d'un liquide verdâtre, légèrement trouble. Matin, T. 38,1. Soir, T. 38,2; P. 104. Même prescription glace sur le côté droit.

Le liquide extrait par la ponction, examiné au microscope, contient

une grande quantité de globules blancs, du pigment biliaire peu abondant, infiltré dans quelques éléments cellulaires, un nombre énorme de vibrions et quelques rares cellules épithéliales cylindriques, qui démontrent la communication du kyste ponctionné avec les voies biliaires.

Par l'ammoniaque, on reconnaît que ce liquide contient un peu de mucus.

M. Hardy, qui a bien voulu en faire l'analyse, lui a trouvé la composition chimique suivante :

Densité 1020. Réaction légèrement alcaline. Couleur jaune verdâtre.

	Pour 100.
Eau..........................	97,09
Matières solides, évaporation...	2,01
Mucine......................	0,18
Albumine....................	0,04
Matières inorganiques fixes....	0,08
Phosphates..................	0,00
Chlorure de sodium..........	0,533

On a constaté la présence des :

Sulfates.............	0,7
Carbonates solubles...	
Carbonates insolubles.	
Extractif............	
Matières colorantes....	

Le 6. Beaucoup d'amélioration, respiration plus faible, pas de vomissements, moins de douleurs dans le côté, un peu de sommeil. Le foie, qui immédiatement après l'opération était remonté au-dessus de l'ombilic, est de nouveau descendu à un travers de doigt au-dessous. La voussure, qui s'était affaissée, s'est déjà reproduite. T. 38,5, soir.

Dans la journée, il s'est produit une vive douleur au niveau de la piqûre. Tout le bas-ventre est redevenu douloureux et nécessite la flexion de la cuisse sur le bassin. La respiration est brève, saccadée. Nausées sans vomissements, selles diarrhéiques paraissant contenir du pus. T. 39,5.

Le 7. La teinte ictérique de la peau s'accuse davantage, le facies est très fatigué, grippé; les yeux sont excavés et bordés de noir.

Depuis hier soir, notre malade est prise d'une diarrhée très liquide, avec des garde-robes très fréquentes. Les selles sont constituées par un mélange de grumeaux blanchâtres, d'apparence caséeuse et de débris lamelleux de couleur verte très foncée. Le foie est redevenu ce qu'il était avant la ponction ; au-dessous de son rebord tranchant, on sent la vésicule biliaire distendue, formant une saillie globuleuse.

M. Hayem fait une deuxième ponction qui fournit 450 grammes d'un liquide très analogue à celui de la première.

L'examen microscopique qui est fait de suite, montre qu'il a la même composition et que, comme le premier, il renferme des vibrions en très grande quantité. Immédiatement après la ponction, le foie remonte jusqu'à l'ombilic. Matin, P. 120°; T. 38,5. Soir, P. 104°; T. 37,9. Prescription : glace sur la région hépatique, sulfate de quinine, bicarbonate de soude, eau de Seltz.

Le 8. Soulagement très marqué, facies bien meilleur. Pas de vomissement, sommeil. Un peu d'appétit. Pas de douleur au niveau des ponctions. Le foie a déjà repris son volume, sur la ligne médiane, tandis que, sur le côté externe, il remonte et son bord libre présente une dépression profonde.

La diarrhée continue à être très abondante et, depuis hier, les matières rendues par les garde-robes ressemblent beaucoup au liquide fourni par les ponctions. C'est un liquide verdâtre dont la quantité par jour peut être évaluée à 1 litre, 1 litre 1/2 et qui, par le repos, se sépare en deux couches, une supérieure liquide, jaune; une inférieure composée de flocons blanchâtres et de débris lamelleux vert foncé.

Il semble probable que notre kyste s'est ouvert dans l'intestin, soit par les voies biliaires, soit par une perforation. Matin, P. 116°; T. 38,2. Soir, P. 112°; T. 39,4.

Le 9. Affaiblissement général depuis hier soir, petits frissons, vomissements, même diarrhée très abondante. La vésicule biliaire est de nouveau distendue et fait une saillie qui se voit à travers la paroi abdominale au-dessous de l'ombilic. Œdème de la paroi abdominale, à l'endroit où les ponctions ont été faites. A ce niveau, pas de fluctuation, résistance élastique.

Troisième ponction donnant 275 grammes d'un liquide verdâtre, à odeur stercorale, plus purulent que celui des deux premières. L'aiguille entre très difficilement (on était tombé au niveau d'une plaque carti-

lagineuse). Matin, T. 37,4. Soir, T. 39,2. Même prescription, suppression du bicarbonate de soude qui est rejeté avec dégoût.

Le 10. Même état, pas d'amélioration, même diarrhée très abondante. La vésicule biliaire qui avait complètement disparu après la ponction a repris son volume. Œdème de la paroi abdominale au niveau des piqûres. Matin, P. 104°; T. 37,7. Soir, T. 39,2.

Le 11. La journée a été un peu meilleure que hier. Pas de vomissement. La malade a pu garder un peu de lait et de potage. Diarrhée très abondante. Plus de deux litres de liquide semblable à celui des ponctions, ayant plutôt une odeur bilieuse que stercorale. Diminution très notable du volume du foie. Disparition de la vésicule biliaire. Matin, P. 112°; T. 38,2. Soir, P. 108°; T. 38,9. Prescription : grand bain, lait et potages, sulfate de quinine, 1 gramme de bicarbonate de soude, 1 pilule thébaïque.

Le 12. Bien moins de gêne de la respiration, le foie est extrêmement diminué de volume. Dans les selles passées à travers un tamis, on a trouvé hier pour la première fois des quantités considérables de vésicules hydatiques de toutes les grosseurs. Matin, T. 37,8. Soir, T. 38°.

Le 13. Le mieux ne se continue pas. Il semble y avoir rétention des hydatides dans le foie. D'une part, on en trouve beaucoup moins dans les selles; d'autre part, le foie augmente rapidement de volume; le ventre est très tendu, devient très douloureux, le facies se grippe, il y a quelques vomissements et la diarrhée par son abondance fatigue beaucoup la malade. Les conjonctives sont notablement plus ictériques. Matin, T. 38,2. Soir, T. 38,7.

14 février. Même état, grand amaigrissement; depuis quelques jours il s'est montré un peu d'œdème des membres inférieurs, il est aujourd'hui assez marqué. Extrait de quinquina, 4 grammes; un œuf.

Le 15. Facies abdominal, yeux excavés, très grande faiblesse; sueurs froides, visqueuses; diarrhée toujours fréquente, mais peu abondante. Matin, T. 38,2. Soir, T. 37,8.

Le 16. Teinte cyanique des extrémités, mains et nez froids, pouls filiforme. La malade ne peut garder ses garde-robes. Vomissements fécaloïdes. Le foie a repris le volume qu'il avait au commencement, il paraît distendu et manifestement fluctuant.

On se décide à tenter in extremis une nouvelle ponction. Elle donne

suite à 150 grammes d'un liquide jaune verdâtre, très purulent, d'odeur stercorale, contenant beaucoup de gaz. Matin, T. 37,2.

Mort dans la soirée, avec collapsus et algidité, extrémités froides et cyanosées, sueurs visqueuses, facies abdominal. T. (15 minutes avant la mort) 37.

Autopsie. — Poumons, cerveau, cœur, sains.

Abdomen. — Péritonite généralisée. Les anses intestinales sont accolées entre elles par des exsudats fibrineux peu abondants et récents; ceux-ci limitent de petits espaces contenant de la sérosité trouble et colorée en jaune. A la face convexe du foie, légères adhérences du lobe gauche avec le diaphragme. Au niveau du bord inférieur du foie, se voit une adhérence déjà ancienne avec le grand épiploon, limitant avec la paroi abdominale une péritonite enkystée. Cette inflammation correspond au point où ont été faites les piqûres.

Exploré en place par sa face convexe, le lobe droit du foie est extrêmement fluctuant et donne même par le choc le phénomène de l'ondulation. A la face inférieure est une masse très volumineuse qui fait saillie immédiatement au dehors du duodénum et adhère à la face externe et à l'extrémité de la vésicule biliaire. Cette poche, dont on voit la paroi inférieure fibreuse et mince, occupe toute la portion du lobe droit située en dehors du sillon de la vésicule.

En ouvrant l'estomac et le duodénum pour pénétrer dans les voies biliaires, on voit que l'estomac très dilaté contient des matières très granuleuses provenant des derniers aliments ingérés. La muqueuse est colorée par une petite quantité de mucus verdâtre. L'ampoule de Vater est affaissée et difficile à trouver, la vésicule biliaire est presque vide et on n'en fait rien sortir par la pression. Le canal cholédoque très dilaté est rempli par une hydatide très volumineuse, en partie vide de son contenu, mais dont la membrane granuleuse épaisse paraît appartenir à une vésicule plus grosse qu'un œuf de poule. Elle est arrêtée à 1 centimètre au-dessus de l'ouverture du canal cholédoque.

Dès qu'on a fait une légère incision à la paroi du conduit, l'hydatide, cédant à la pression qu'elle supporte du côté de la poche, est projetée vivement avec une foule d'hydatides de volume moindre. En prolongeant l'incision du canal cholédoque, on voit sortir une grande quantité de liquide jaune verdâtre, rempli de vésicules hydatiques de toutes les grosseurs et de plusieurs générations, depuis un grain de millet jusqu'à un œuf de pigeon et plus.

La totalité de ce liquide représente deux litres et demi ou trois litres. La vésicule biliaire, revenue sur elle-même, ne contient que du mucus non coloré par la bile; le canal cystique est obstrué par une petite ésicule.v

A l'extrémité du canal cholédoque, on arrive dans les conduits biliaires assez dilatés pour permettre d'y introduire facilement le pouce.

De ces deux conduits, le gauche seul est coloré par la bile; le droit plus volumineux, mène dans l'intérieur du kyste par une ouverture d'environ 1 cent. 1/2 de diamètre, limitée par un orifice fibreux, résistant.

Une fois le kyste débarrassé de son contenu, le foie reprend sa forme normale et ne paraît avoir subi aucune perte de substance. En incisant la paroi inférieure de la poche, on pénètre dans une cavité anfractueuse qui semble de prime abord s'être creusée à la face inférieure du foie, en séparant la capsule de Glisson, épaissie, de la substance hépatique. Cette loge a pour limites, supérieurement, le lobe droit; inférieurement, une membrane fibreuse : elle s'étend jusqu'à l'extrémité la plus externe du lobe droit, région de la face convexe, où elle devient superficielle (c'est le point qui donnait lieu pendant la vie à la saillie fluctuante qu'on a ponctionnée).

La surface interne est constituée par une sorte de stroma fibreux, en partie lisse, en partie rugueux, et couvert de concrétions jaunâtres, limitant des loges et des alvéoles qui présentent l'aspect d'une vessie à cellules. Les parties sur lesquelles repose cette paroi sont différemment constituées : à la face supérieure, la poche s'accole à la substance hépatique du lobe droit du foie; à la face inférieure, par places, la paroi est transparente et il n'y a qu'une lamelle de tissu fibreux appliquée immédiatement sur la capsule de Glisson; par places, aussi, il reste une mince couche de substance hépatique (de 2 à 3 millimètres d'épaisseur) interposée entre la capsule de Glisson et la paroi du kyste. Par endroits les enveloppes du kyste ont une consistance cartilagineuse et il existe en particulier, au point où les piqûres ont été faites, une plaque fibreuse cartilaginiforme plus grande qu'une pièce de 5 francs, épaisse d'un demi-centimètre.

En examinant de plus près la face interne du kyste, on voit que les alvéoles dont nous avons parlé, sont groupées dans les intervalles de tractus fibreux saillants, se dirigeant vers le hile du foie. Ces tractus

fibreux ne sont autres que des conduits biliaires; leur direction, leur paroi lisse recouverte d'épithélium, leur forme arborescente, les nombreux orifices qu'on y rencontre le démontrent suffisamment. Ces conduits biliaires, en très grand nombre, sont d'importance variable; quelques-uns sont très volumineux, les uns sont ouverts dans toute leur étendue, d'autres prennent naissance dans la poche et mènent après un trajet oblique, dans un gros conduit biliaire. Enfin, on peut, par les nombreux orifices qu'on voit à la face interne du kyste, pénétrer dans des divisions périphériques des voies biliaires. Il est à remarquer que jamais, en suivant ces divisions, on n'aboutit à du tissu hépatique de sorte que, ces conduits ne déversaient pas de bile dans la cavité du kyste. Quelques-uns de ces petits conduits sont terminés en ampoule et contiennent une hydatide. Ce sont probablement les conduits biliaires de la portion atrophiée du tissu hépatique qui fait paroi à la poche hydatique.

Il existe en même temps une autre lésion du foie : à la face convexe du lobe droit, on voit la capsule de Glisson, soulevée, en de nombreux endroits, par de petites masses verdâtres. Une coupe, faite en ces points, montre que ce sont des cavités remplies d'un mucus épais, fortement coloré en vert. Ces petites cavités, dont les plus grosses ont le volume d'une petite noisette, sont très nombreuses; les plus petites sont grosses comme un grain de chenevis et paraissent, à l'œil nu, formées par un canalicule biliaire dilaté dont on reconnaît la paroi. Dans quelques-uns de ces canaux dilatés, on trouve des vésicules hydatiques très petites.

Dans le lobe gauche il existe aussi des dilatations des voies biliaires, mais on ne trouve pas de vésicules dans les conduits biliaires. La veine cave inférieure et les iliaques primitives sont oblitérées par des caillots consistants, qui expliquent l'œdème observé pendant les derniers jours dans les membres inférieurs.

En résumé, cette observation est un exemple de kyste hydatique du foie communiquant, très probablement depuis longtemps, avec les voies biliaires. Il en ressort que, lorsque les hydatides s'engagent dans les canaux excréteurs du foie, elles déterminent des accidents absolument

semblables à ceux qu'y produisent les calculs, coliques hépatiques et ictère passager, lorsqu'elles ne font que les traverser, angiocholite avec fièvre intermittente, dilatations et kystes des canalicules biliaires, lorsqu'elles s'y arrêtent et produisent la rétention de la bile.

Dans une observation, rapportée par M. Charcot (1), il y eut, comme dans le fait actuel, engagement des hydatides dans le canal cholédoque et arrêt de l'une d'elles. Cette particularité détermina la rupture du kyste et une péritonite suraiguë s'ensuivit. Il est donc indiqué, en pareil cas, pour se mettre à l'abri de semblables accidents, de pratiquer une ponction de la poche enflammée. Cette opération, en facilitant le retrait du kyste, est habituellement suivie d'un grand soulagement et, faite à l'aide de l'aspirateur de Dieulafoy, elle est le plus souvent exempte de dangers. On a vu cependant que, dans le fait actuel, les ponctions faites avec cet instrument et suivies d'application de glace, ont donné lieu à de la péritonite.

C'est là une exception très regrettable : aussi il ne faudrait pas en conclure que, dans les cas semblables, toute intervention de ce genre est inutile ou pernicieuse.

Observation VIII.

Kyste hydatique du foie ouvert dans le canal cholédoque (Butruille et Vinache) (2).

La femme qui fait le sujet de cette observation, est entrée, le 9 juin 1876, dans le service de M. G. Sée, à la Charité (salle Sainte-Anne, nº 1); c'est une femme de 26 ans, mécanicienne, qui fait remonter au dimanche 4 juin le début de son affection. Ce jour-là, elle fut

(1) *Société de biologie*, comptes rendus, 1855.

(2) *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1876, p. 470.

prise de frisson et de point de côté et présenta, en même temps, une toux peu intense et une gêne assez légère de la respiration.

Cette femme, enceinte de six mois, déclare avoir toujours présenté un ventre plus gros que ne le comportait sa grossesse et, vers la fin du mois de mai, la sage-femme qu'elle consultait, pour des douleurs de reins, lui faisait remarquer qu'elle avait la jaunisse et quelques troubles gastriques attribués à la grossesse.

La dyspnée s'accentuant, le point de côté devenant de plus en plus insupportable, la toux plus fréquente amenant des crachats visqueux et sanguinolents, la malade garde définitivement le lit le 7 juin.

Le 8. On lui posa des ventouses sur la poitrine et elle entra à l'hôpital le 9. Le soir de son entrée, on constate une dyspnée extrêmement intense, qui donne de suite l'idée d'une pneumonie étendue ; la malade se plaint d'une douleur très accusée, siégeant à la base du thorax et à la partie antérieure du flanc droit et de là irradiant dans tout l'abdomen, douleur que la moindre pression provoque ou exagère. Les urines contiennent une forte proportion de pigment biliaire, dont la présence est décelée par l'acide nitrique et la teinture d'iode. Depuis quinze jours, au dire de la malade, les matières se sont décolorées et présentent la teinte du café au lait. T. A. 41,7; P. 100.

Outre ces signes fonctionnels, on constate les signes physiques suivants : le ventre est volumineux, plus volumineux qu'il ne l'est ordinairement chez les femmes enceintes de six mois ; l'exploration du foie permet de constater une augmentation de volume de l'organe qui est dur et peut être légèrement bosselé.

Par l'examen de la poitrine, on constate du côté droit une matité absolue, remontant jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate, les vibrations thoraciques sont abolies, mais ne se perçoivent pas non plus du côté opposé, en raison de la faiblesse de la voix. Le bruit respiratoire fait complètement défaut à la base ; plus haut, au niveau de la limite supérieure de la matité, on trouve un souffle bronchique très fort et, lorsque la malade parle, un retentissement très fort de la voix, qui est légèrement chevrotante. Le souffle s'entend jusqu'au sommet, mais c'est simplement le fait de la propagation. En avant, la respiration est à peu près normale.

Il ne semble donc pas douteux qu'il existe une affection aiguë de l'appareil respiratoire, mais si l'accolement et l'ensemble des phénomènes généraux et des troubles fonctionnels semblent indiquer une

pneumonie, l'examen physique fait admettre qu'il s'agit plus probablement d'une pleurésie affectant la région diaphragmatique.

Le 10. La malade garde le décubitus dorsal, toute autre position augmentant la dyspnée; elle tousse peu, mais sa toux amène quelques crachats visqueux, sanguinolents, en un mot, des crachats de pneumonie. La malade se plaint aussi de la constipation. Coloration ictérique très intense, douleurs très vives à la région hépatique. T. 39,3, soir.

Le 11. T. 39,2. La pleurésie ne semble pas pouvoir être mise en doute, il y a même le matin de l'égophonie très nette. La malade est prise de douleurs utérines, le col de l'utérus est légèrement dilaté.

Le 12. La malade fait une fausse couche et expulse un fœtus d'environ 6 mois. Tout se passe normalement. L'ictère est toujours aussi marqué, ainsi que tous les signes mentionnés précédemment.

Les 13 et 14. Même état, la température oscille entre 38 et 39°.

Le 15. La malade est réveillée dans la nuit du 15 au 16 par un violent accès de colique hépatique, crise qui se prolonge presque pendant la journée du 16, qui augmente singulièrement la douleur abdominale et rend impossible l'examen de cette région.

Le 16. Vomissements répétés plusieurs fois pendant la journée; la dyspnée ne se calme nullement. La douleur de l'hypochondre rend difficile l'examen de la poitrine.

Le 17. La crise de colique hépatique a cessé, mais la malade vomit encore plusieurs fois pendant la journée, elle éprouve du dégoût et de la répugnance pour toute espèce d'aliment.

Le 18. La malade a une nouvelle colique qui dure quelques heures; de plus elle perd par le vagin une quantité abondante de sang mêlé de caillots qui répand une odeur fétide. Douleurs de côté, dyspnée, toux. T. 38,5. La malade a eu une selle très décolorée, dans laquelle on trouve une sorte de fausse membrane qu'on soupçonne être un débris de membrane hydatique.

Le 19. Même état. La dyspnée augmente, l'ictère est plus marqué; quelques frissons pendant la journée, douleurs très vives dans l'hypochondre; ascite.

Le 20. La malade meurt.

Autopsie vingt-quatre heures après le décès.

Teinte ictérique de toute la peau, ventre considérablement distendu et sillonné de veines nombreuses.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une grande quantité de sérosité colorée en jaune ; tous les tissus sont imprégnés de pigment biliaire.

Le foie est extrêmement volumineux ; il est aplati, déformé, son extrémité gauche se trouve dans l'hypochondre correspondant et refoule les autres viscères.

Dans le lobe droit, on trouve un kyste énorme, ayant presque le volume de la tête d'un adulte, refoulant en haut le diaphragme et faisant une saillie très prononcée sur la face convexe de l'organe. Ce kyste est adhérent aux parties voisines; il faut le disséquer pour le séparer du diaphragme.

Dans son intérieur nage, au milieu d'un liquide purulent et fétide, d'une coloration rappelant celle du pus de mauvaise nature, une quantité innombrable de vésicules hydatiques de volume variable; quelques-unes suppurent, l'une d'elles présente le volume d'un poing; leur enveloppe est colorée par le pigment biliaire.

Les conduits biliaires communiquent avec le kyste; la vésicule considérablement distendue et épaissie ne paraît pas contenir d'hydatides, mais le canal cholédoque présente à quelques centimètres avant son embouchure dans le ducodénum une membrane implantée sur la muqueuse et qui offre quelques vésicules très petites.

Les poumons et surtout le droit sont ratatinés d'une manière remarquable. La plèvre droite ne présente pas de liquide, mais le poumon est le siège d'une congestion très manifeste.

Le cœur est flasque comme le cœur des femmes enceintes.

Les autres organes ne présentent d'autre particularité que celle d'être imprégnés de pigment biliaire.

Le rein droit adhère au foie, mais ne présente pas d'hydatide.

M. Sevestre appelle l'attention sur le signe égophonie constaté dans ce cas, bien que la plèvre ne renfermât pas de liquide. Il se demande si cette égophonie n'est pas due aux vibrations communiquées au liquide du kyste, de sorte que la voix aurait produit une sorte de frémissement hydatique. Les membranes rendues par l'anus lui ont paru être des membranes hydatiques quand il les a placées

dans un verre d'eau. Il n'a pu les examiner au microscope, parce qu'elles avaient été jetées. Il ne lui paraît pas douteux, qu'il s'agissait de membranes hydatiques et que le kyste commençait alors à se vider dans les voies biliaires et dans l'intestin. Il pense en outre que les coliques hépatiques ressenties par la malade n'avaient pas d'autre cause que cette élimination. Il rappelle le cas qu'il a présenté en 1873.

Observation IX.

Kyste hydatique du foie ouvert à la fois dans les voies biliaires et dans les bronches. Mort. Pas d'autopsie (Par Becker) (1).

Etudiant âgé de 17 ans, que Becker voit le 1er septembre 1878, et qui, à la suite d'une émotion, vient d'éprouver, pendant une quinzaine de jours, du malaise, de la courbature des membres et de l'inappétence. Ce jeune homme a de l'ictère sans fièvre; la région hépatique extrêmement sensible à la pression, des nausées, quelques vomissements et une opiniâtre constipation. Sous l'influence de purgatifs, tous ces troubles disparaissent presque complètement.

Le 19 septembre, en rentrant d'une promenade, violent frisson et réapparition d'un ictère intense accompagné d'un peu de fièvre et de points douloureux, siégeant des deux côtés, entre les 5e et 8e côtes. Le foie, très douloureux à la pression, dépasse de deux travers et demi de doigt le rebord costal.

A partir du 21, durant six jours, vives coliques ressemblant tout à fait à celles de calculs biliaires et nécessitant une ou deux injections quotidiennes de morphine.

Les selles, décolorées, ne renferment cependant rien d'anormal. Quinine et laxatifs qui amènent la cessation de l'ictère, ainsi que de la fièvre, et le retour de l'appétit.

Du 18 au 25 novembre, reproduction de l'ictère et des coliques, mais à un degré moindre.

(1) *Revue des sciences médicales en France et à l'étranger*, de G. Hayem 1880, t. XVII, p. 156.

Becker ne revoit son malade que le 9 janvier suivant : outre la jaunisse, il constate que le volume du foie a notablement augmenté depuis le dernier examen, remontant à trois mois et demi; il atteint la crête iliaque; sa surface tout à fait lisse n'est très douloureuse qu'au-dessous du rebord costal. Pas de coliques, mais une sensation fréquente de tension entre les omoplates avec oppression; à d'autres moments, des points douloureux siégeant de chaque côté de la 7e á la 10e côte et des frissons que le décubitus latéral gauche augmentait. Le malade a en outre de la fièvre avec exacerbation le soir, une toux quinteuse, sèche, revenant souvent la nuit, et de fréquentes douleurs au niveau du larynx, quand il parle, avale ou qu'on touche cette région.

Au commencement de février, l'état du patient est le suivant : respiration accélérée costo-diaphragmatique. Aux deux sommets, inspiration rude et expiration silencieuse. Sonorité à droite, en avant jusqu'à la 5e côte, en arrière jusqu'à la 8e; à gauche, en avant jusqu'à la 3e, en arrière jusqu'à la 9e. Murmure vésiculaire exagéré en haut, affaibli en bas. Pouls petit à 130; fièvre, voussure de l'abdomen, surtout à la partie supérieure et au niveau du rebord des côtes droites. Le rebord inférieur du foie est accessible un peu au-dessus d'une ligne menée entre les crêtes iliaques. Atrophie des membres. Un peu d'œdème malléolaire. Urine ictérique, non albumineuse. Fèces gris pâle; refus de toute nourriture. Collapsus tel qu'on attend la mort du malade d'un jour à l'autre.

10 février. Expulsion par les garde-robes d'une soixantaine de vésicules, variant des dimensions d'une noisette à celle d'une grosse noix, et reconnues au microscope comme provenant d'échinocoques.

Durant dix jours, l'expulsion par l'intestin de plusieurs centaines de vésicules encore plus volumineuses se continue quotidiennement et les matières fécales reprennent leur coloration naturelle; il survient momentanément un appétit vorace, malheureusement le patient est toujours épuisé par une toux qui s'accompagne de vomissements muqueux.

Le 23. Émaciation squelettique. Pouls ondulant, intermittent, très fréquent, incalculable; froid intense de toutes les extrémités; sueurs froides; nez effilé; aphonie; 5 respirations par minute pendant quarante-huit heures. Le patient reste dans cet état analogue à celui d'un cadavre.

Le punch à haute dose qu'on lui fait prendre d'abord avec beaucoup de difficulté, le tire de cet état.

Le 24 au soir. Après dix minutes d'une toux sèche d'abord peu intense, puis augmentant graduellement jusqu'à faire craindre l'asphyxie, le malade vomit une tasse à café de bile avec cinq vésicules hydatiques grosses comme des noix. Les mêmes vomissements se répètent pendant les quatre jours suivants, amenant en tout l'issue d'une cinquantaine de vésicules, quelques-unes de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Le 26. L'amélioration a persisté. Le poumon droit descend maintenant en avant jusqu'au bord inférieur de la 6e côte. La voussure de l'hypochondre droit est bien moindre et le foie ne descend plus qu'à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Fèces colorées par la bile. Apyrexie. Pouls petit, dépressible, 120°.

Les jours suivants, le patient accepte de plus en plus difficilement les aliments liquides qui le nourrissaient seuls. Il indique un point à mi-hauteur du sternum, au niveau duquel les boissons séjournent avant de parvenir dans l'estomac.

Dans la nuit du 2 au 3 mars, après une toux quinteuse prolongée, le malade rejette successivement d'abondantes mucosités, quelques cuillerées de pus verdâtre, strié de sang clair et mêlé de petits caillots noirs et enfin trois vésicules d'hydatides ayant les dimensions de grosses noix. Mais le malade ressent toujours une gêne, un obstacle en arrière du sternum.

Enfin, le 6 mars, le patient succombe dans le collapsus, toussant et expulsant du muco-pus, sans nouvelles vésicules et accusant constamment une vive douleur derrière le sternum.

L'autopsie fut impossible.

Observation X.

Tumeur hydatique dn foie, suppurée, comprimant le hile du foie et communiquant avec les voies biliaires. Angiocholite suppurée. Méningite. (Par Albert Josias, interne des hôpitaux) (1).

Le nommé D... (Dominique), âgé de 60 ans, menuisier, est entré le

(1) *Bull. de la Société anatomique de Paris*, 1880, p. 390.

8 mai 1880, à l'hôpital Tenon, salle Gérando, nº 17, dans le service de M. le Dr H. Rendu.

Ni antécédents de famille, ni commémoratifs personnels. Ce malade n'aurait jamais fait d'excès alcooliques. Athérome. Il y a quinze jours à trois semaines, sans cause connue, le malade raconte avoir ressenti une série de frissons durant plusieurs jours; il y a huit jours, il fut pris de diarrhée et devint jaune. Depuis ce moment, la diarrhée et la coloration jaune persistent, ce qui occasionne au malade un grand affaiblissement et le contraint à entrer à l'hôpital.

Actuellement, pas d'embarras gastrique. Langue normale, appétit conservé. Selles blanches et décolorées. Teinte ictérique très prononcée de la peau et des conjonctives. Démangeaisons intolérables.

Le foie est augmenté de volume, dur, douloureux ; les veines sous-cutanées sont manifestes sur la partie droite de l'abdomen. Les bruits du cœur sont normaux. Le pouls est régulier. Les urines sont ictériques. Traitement : 4 ventouses scarifiées sur la région du foie; eau de Vichy; une pilule d'aloès.

10 mai. Cessation de la diarrhée. Insomnie. Appétit conservé. Soif intense. Le premier bruit du cœur est fortement frappé, sans dédoublement, pas d'accentuation du deuxième bruit. Pouls lent, vibrant, régulier. Le foie paraît moins dur, moins douloureux. Bain alcalin.

Le 12. Teinte ictérique aussi prononcée; les selles sont moins blanches. Le foie, si douloureux au début, supporte la pression de la main; le prurit est moins intense. Calomel, 0,40 centig.

Le 16. Envies fréquentes de vomir.

Le 17. Les téguments prennent une coloration jaune verdâtre. Le malade se plaint d'une douleur hépatique. Le foie tuméfié est, en effet, douloureux à la pression de la main. Injection de chlorhydrate de morphine 1 centigramme. Pas de souffle cardiaque, mais les bruits sont affaiblis, mal frappés. Soir, pouls régulier, plein, fréquent, 108, peau chaude. T. A. 38°. Démangeaisons vives, intermittentes, langue humide. Inappétence, soif vive, selles blanches. Urines ictériques abondantes. Persistance de la douleur hépatique qui est cependant moins vive. Même état du cœur. Céphalalgie.

Le 19. Même état. Application d'un vésicatoire sur la région du foie.

Le 20. Vomissements. fièvre, délire, pouls à 120. Langue sèche, non fuligineuse. Aphasie. Pas d'anorexie. Lorsque le malade veut ré-

pondre aux questions qui lui son posées, il commence une phrase, s'embrouille et s'arrête. Vision non troublée. La salive est blanche. La sérosité du vésicatoire est jaune. Quelques irrégularités cardiaques, de temps en temps un faux pas. Foie : 15 centimètres de hauteur. Soir, agitation extrême, délire continuel qui nécessite la mise de la camisole. La pression des liens a donné lieu à des traînées bulleuses à contenu jaunâtre, sur les membres abdominaux nombreuses taches de purpura, sur la poitrine une macule purpurique. Epistaxis. Même état du cœur.

Le malade ne répond plus aux questions que nous lui adressons. Pupilles normales. Pas de paralysie.

De temps en temps il jette de simples cris, mais ne prononce aucune phrase, n'articule aucun mot. Pouls à 128.

Le 21. Piqueté purpurique sur les membres inférieurs. Epistaxis. Délire moins accentué. Affaiblissement des bruits du cœur. Les urines sont très abondantes. T. jaborandi, 4 grammes, extrait mou de quinquina 4 grammes, limonade.

Le 22. Mort à une heure du matin. Depuis la veille il est resté dans le coma.

Autopsie. — *Foie* volumineux déformé, le lobe droit est très atrophié, le lobe gauche hypertrophié d'une façon complémentaire et compensatrice. Entre les lobes existe, en avant et en arrière, une incisure profonde.

L'incisure antérieure est occupée par la vésicule biliaire qui déborde de 6 centimètres; l'incisure postérieure est comblée par une tumeur adhérente au diaphragme, et d'une façon assez intime pour qu'il ne soit possible de la séparer que par la dissection. La poche de la tumeur est très épaissie, fibreuse. Cette tumeur très volumineuse sépare les deux lobes du foie et empiète sur la face inférieure, entre le lobule de Spigel et le lobe carré, en comprimant le hile du foie. Dans l'intérieur de cette tumeur existent de nombreuses poches hydatiques; ces vésicules hydatiques sont très fortement teintées par la bile, ce qui prouve que, depuis longtemps, le kyste était en communication avec les voies biliaires. La face inférieure de la poche est tapissée par un exsudat épais, mêlé de sang et de bile. Pendant la vie, cette poche devait comprimer très fortement le canal cholédoque.

Le tissu du foie est d'un vert olivâtre, il est sillonné par des dilatations variqueuses, qui ne sont autres que les voies biliaires très dis-

tendues et remplies de pus. A la coupe on les voit béantes avec des parois épaissies, et il s'échappe de la lumière de ces conduits un liquide bourbeux, jaune verdâtre, constitué par du pus, de la bile et des éléments épithéliaux. Cette angiocholite suppurée est surtout marquée au niveau de la poche. Au niveau du lobe droit tous les canaux sont remplis de pus. Dans le lobe gauche, à la partie postérieure, existent des cavernes véritables, formées par la distension des canaux biliaires. Il n'y pas de périhépatite. Le foie pèse 2 kilog. 250 grammes. La *rate* est ligneuse, normale.

Reins jaunes, infiltrés de bile. La substance corticale paraît atrophiée. Le rein droit pèse 205 grammes, le rein gauche 195 grammes.

Cœur. — Le ventricule droit n'est pas hypertrophié (10 centimètres le long du bord droit). Orifice de l'artère pulmonaire, 8 centimètres; orifice auriculo-ventriculaire droit, 10 cent. 1/2. Orifice auriculo-ventriculaire gauche, 10 centimètres. Pas de lésions vasculaires, en somme peut-être un peu de dilatation cœur droit.

Un petit caillot dans le ventricule droit, pesant 6 grammes, un caillot dans le ventricule gauche, pesant 6 grammes, un caillot semblable, de même poids, dans l'oreillette gauche. Quelques caillots colorés par la bile et pesant 6 grammes dans l'aorte. Tous ces caillots fibrineux étaient les uns rouge brun, les autres orange.

Poumons congestionnés. *Péritoine.* Ascite peu considérable. *Méninges* épaissies, purulentes, principalement en arrière et à droite. A gauche, les méninges sont congestionnées.

Cerveau légèrement teinté en jaune.

En somme, tous les viscères sont infiltrés de bile.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à publier, en raison des lésions anatomiques que nous avons constatées, c'est-à-dire une méningite suppurée survenant dans le cours d'une véritable intoxication biliaire. Sans insister sur le diagnostic de l'affection hépatique qu'on ne peut faire d'une façon absolue, nous ferons remarquer que l'ictère peut être considéré, au début, comme de nature catarrhale, plus tard, comme un ictère grave, malgré l'absence du tableau classique inhérent à chacune de

ces affections. Quant à l'idée du kyste hydatique, nous n'avions pas cru devoir nous y attacher, étant données d'une part la soudaineté, la rapidité des accidents, et, d'autre part, l'impossibilité de reconnaître l'existence d'une poche située dans une région inaccessible à nos moyens d'investigation. Les lésions inattendues que l'autopsie nous a permis de relever expliquent amplement les symptômes qui ont été observés dans le cours de cette maladie.

Observation XI.

Kystes hydatiques du poumon droit et du foie indépendants; fistules biliaires en rapport avec le kyste du poumon. Cachexie progressive entraînant la mort. (Par le Dr Sorel, médecin-major à Sétif (Alger) (1).

J... (Léon), âgé de 25 ans, employé au service d'un hôtel, entre à l'hôpital de Sétif le 31 octobre 1879 et meurt le 16 mars 1880.

Arrivant à Sétif à la fin de janvier 1880, je trouve ce malade dans le service qui m'est confié. Les récits qu'il fait de ses antécédents sont confus, bizarres, et contradictoires ; il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Cependant notons qu'il vint en Algérie à l'âge de 5 ans, eut une santé toujours mauvaise ; que, néanmoins, jugé apte au service militaire, il rejoignit le 1er régiment de zouaves en août 1877 pour y passer l'année exigée des Algériens par la loi, mais qu'il dut entrer presque aussitôt à l'hôpital, y resta plusieurs mois, et alla toujours depuis déclinant.

Aujourd'hui c'est un souffreteux à l'apparence grêle et chétive, ne se levant plus et miné par une expectoration dont je parlerai tout à l'heure, avec accompagnement d'accès quotidiens d'une fièvre à exacerbations vespérales.

Le thorax présente une voussure située à droite, en arrière et en bas; à son niveau, matité presque absolue, vibrations thoraciques à peu de choses près abolies, murmure respiratoire éloigné, très affaibli. La poitrine dans son ensemble, résonne mal et on y perçoit des râles humides disséminés.

(1) *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, année 1880, p. 520.

Le foie est recouvert par les fausses côtes, sauf au-dessous du sternum où vient se prolonger le lobe gauche. On ne reconnaît aucune inégalité dans la région marquée par la matité hépatique, et on n'y rencontre aucun point fluctuant ou même, simplement rénitent. La pression est douloureuse au niveau de l'épigastre occupé par le lobe gauche du foie.

Le malade accuse en outre une douleur habituelle qui s'irradie le long du dos pour aboutir à l'épaule droite. Cette douleur s'exaspère par la compression du nerf phénique derrière la clavicule, et pendant les efforts de toux. Celle-ci, fréquente, pénible, quinteuse, est suivie de l'expulsion d'un liquide abondant, plus ou moins visqueux, aéré à la surface et d'une coloration jaune, parfois un peu verdâtre, ayant l'aspect, l'odeur et le goût de la bile, et en effet, l'expectoration évaluée à une moyenne de 100 à 600 grammes par jour se compose de bile pour la presque totalité.

Le malade reste à demi assis dans son lit, éprouvant dans l'horizontalité surtout latérale, une sensation d'étouffement.

Du temps à autre, on trouve expulsé, mais rarement, un fragment d'hydatide.

Les selles restèrent colorées et l'ictère a toujours fait défaut.

D'après les renseignements que je dois à l'obligeance de M. Pranchot, médecin aide-major, l'expectoration était devenue bilieuse dans les premiers jours de novembre, et c'est à dater de ce moment que la fièvre s'alluma et que l'émaciation fit des progrès rapides.

J..., sans appétit, privé de sommeil par le flux biliaire qu'il doit évacuer sous peine d'étouffer, souffrant de la douleur phrénique, arrivé à un état de cachexie absolu, et des lésions pulmonaires, développées secondairement, viennent compléter la déchéanche vitale.

Il meurt le 16 mars, à 10 heures du soir.

Autopsie. — Infiltration séreuse des méninges mais sans opacité ; la substance cérébrale ne présente rien de particulier.

Le poumon gauche est congestionné et contient des tubercules crus, disséminés, aucune altération pleurale.

Le poumon droit est parsemé de gros tubercules crus, les deux feuillets de la plèvre sont adhérents, et, de plus, épaissis en arrière et à la base au niveau de la voussure thoracique signalée à l'extérieur.

En cet endroit, on rencontre une poche fluctuante qui se rompt et laisse se répandre 200 grammes environ de liquide biliaire, en même

temps que s'échappent des vésicules hydatiques rompues et colorées en jaune ; ces vésicules sont contenues dans une grosse hydatide mère déchirée et plissée.

Il existe donc à la base du poumon droit, une poche kystique du volume d'un œuf de dinde, limitée en arrière par la plèvre, en avant, en dedans et supérieurement par le tissu pulmonaire plus ou moins altéré, sa base formée par le diaphragme aminci, repose sur la face convexe du foie, et, en arrière en même temps qu'un peu en dehors elle se trouve en contact avec l'extrémité supérieure du rein droit qui, remonté, est venu se loger là. Cette poche communique largement avec les bronches dilatées, sa partie déclive est recouverte d'une bouillie épaisse, sorte de magma biliaire. A ce niveau, les fibres musculaires du diaphragme ont à peu près disparu et les canaux biliaires de la surface convexe s'ouvrent par un trajet oblique dans la cavité kystique, l'un d'eux est assez développé et je puis déterminer son trajet en y passant un crin.

Le *foie*, légèrement augmenté de volume, surtout transversalement de dehors en dedans, adhérent par sa face convexe au diaphragme aminci et détruit en partie ou réduit à une membrane fibreuse, en rapport en arrière et en dehors avec le rein déplacé et logé sous le diaphragme, présente aussi une cavité kystique.

Celle-ci, située en dehors du ligament suspenseur, très court au point où la convexité abandonne le contact de la paroi thoracique, a le volume d'un gros œuf de poule et se trouve creusée dans la substance du foie. Elle est limitée dans sa portion antéro-supérieure par la seule capsule de Glisson et le péritoine. Elle contient un kyste hydatique qui la tapisse et va se plisser en arrière dans un diverticulum. Ce kyste renferme un liquide limpide et une vingtaine d'hydatides filles, du volume d'une amande au volume d'un pois. Le liquide trouvé dans ces hydatides filles est également limpide.

Placées sur la main elles donnent la sensation d'une masse gélatineuse, tremblotante. On éprouve cette même sensation, en plaçant sur le paume de la main un fragment quelconque de l'hydatide mère ou des hydatides filles, elle est donc indépendante du liquide et tient à la consistance des parois. Nulle part, ni dans les vésicules du foie, ni dans celles du poumon, on ne rencontre d'échinocoques, où des crochets. L'hydatide mère du foie développée, présente le volume d'une tête de fœtus.

La vésicule biliaire, petite, blanchâtre, est flasque et contient un peu de mucus.

Rien à noter du côté des autres organes.

Observation XII (personnelle).

Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. Angiocholite suppurée. Mort. Autopsie (1).

La nommée Cany (Stéphanie), âgée de 22 ans, nourrice, est entrée le 11 avril 1882 à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr Millard, salle Sainte-Marthe, lit n° 19.

Ordinairement bien portante, cette femme a toujours eu une menstruation régulière.

Devenue enceinte au mois de décembre 1880, elle a eu une fièvre typhoïde et elle est accouchée à terme le 18 septembre 1881. Placée à Paris comme nourrice depuis quatre mois et demi, elle a vu réapparaître ses règles au commencement du mois de février 1882. Depuis son accouchement elle a eu trois époques menstruelles.

Le 7 mars. Au commencement des règles, elle a éprouvé, dans le côté droit de l'abdomen, de violentes douleurs accompagnées de vomissements abondants et bientôt suivies d'un ictère qui a duré huit jours seulement; jamais elle n'avait rien éprouvé de semblable. Ce premier accès de colique hépatique coïncidait avec l'époque des règles.

Le 7 avril. Pendant la dernière époque menstruelle, la malade a éprouvé des douleurs abdominales très vives et elle a eu plusieurs vomissements bilieux. Le lendemain apparition de l'ictère. Ce second accès de colique hépatique survenait, comme le premier, au moment d'une époque menstruelle.

Le 9. Éruption d'herpès sur la lèvre inférieure.

Le 11. Fin des règles. Ictère intense et coloration jaune des téguments et des conjonctives, démangeaisons de la peau, matières fécales décolorées : urines foncées en couleur, renfermant non seulement du pigment biliaire, mais encore une notable quantité d'albumine. Le lait est jaune.

(1) *Bull. de la Soc. anat. de Paris* 1882.

L'hypochondre droit est très douloureux à la palpation et à la percussion. Le foie volumineux, déborde en bas les fausses côtes droites de 5 centimètres environ. Fièvre le soir. T. 39,2. Depuis le 7 avril, la malade a tous les jours, dans la soirée, un frisson suivi de chaleur et de sueurs abondantes.

Le 12. M. Millard, après avoir examiné la malade avec le plus grand soin, pense qu'il s'agit d'une angiocholite, due à l'oblitération des voies biliaires par un calcul. L'existence de la lithiase biliaire paraissait certaine, et le diagnostic était justifié par les deux accès de colique hépatique qui coïncidaient avec l'époque des règles, par l'ictère et par les accès de fièvre quotidiens.

Traitement : purgatif; six ventouses scarifiées sur la région hépatique. Le matin, pas de fièvre. T. 37,6. Dans la journée, frisson léger; soir, T. 39,8.

Le 13. Nouvelle éruption d'herpès labial. Le matin, T. 37. Dans la journée, frisson. Le soir, T. 38,6.

Le 14. Température le matin 36°; le soir 37°. Le soir après que la température a été prise vers cinq heures, il survient un frisson intense, suivi d'abord d'une chaleur désagréable de la peau, puis de sueurs abondantes.

Le 15. Matin, T. 37,8. Dans l'après-midi il survient un petit frisson. Après le frisson la température s'élève à 38,6. Douleur dans le côté droit. Frottements pleurétiques en arrière de la poitrine, au niveau de la base du poumon droit.

Le 16. Matin, T. 38°. Vésicatoire en arrière de la poitrine du côté droit. Petit frisson dans la journée. Soir, T. 38,4.

Le 17 avril. Matin, T. 37,8. Dans la journée, frisson intense avec claquements de dents. Soir, T. 40°. Sueurs très abondantes.

Le 18. Matin, T. 39°. Augmentation de volume du foie. Vésicatoire sur la région hépatique. Sulfate de quinine, 1 gramme par jour. Dans l'après-midi, frisson très intense avec claquements de dents. Soir, T. 41°. Sueurs abondantes.

Le 19. Matin, T. 38°. Tous les jours le frisson apparaît un peu plus tôt que la veille. Aujourd'hui il survient vers midi. Soir, T. 39,6. Le foie paraît plus volumineux. Face bouffie, surtout la joue gauche. Œdème des membres inférieurs et de la région lombaire. Un peu de météorisme abdominal. Albuminurie au même degré.

Le 20. Matin, T. 39°. L'ictère est de plus en plus intense. Le ventre est

ballonné, la paroi abdominale est tendue, les muscles sont dans le relâchement. La palpation, devenue plus facile, permet de reconnaître exactement les limites du foie et de sentir nettement son bord inférieur. En palpant on sent bien qu'avant d'arriver sur le foie, la main déplace une mince couche de liquide. Il y a donc un peu d'ascite. Le foie est devenu très volumineux. Au niveau du creux épigastrique, il dépasse un peu du côté gauche la ligne médiane; son bord inférieur mince, descend un peu au-dessous d'une ligne transversale passant par l'ombilic. Au niveau de l'ombilic, on sent un petit lobe moins dur que le foie, dont il est séparé par un petit sillon. C'est probablement le fond de la vésicule biliaire. La matité hépatique s'étend depuis la ligne transversale qui passe par les mamelons jusqu'au-dessous de la ligne ombilicale. En arrière de la poitrine, on constate vers la base du poumon droit, de la matité et des frottements. L'œdème des membres inférieurs et de la région lombaire n'a pas diminué Traitement : lait, eau de Vichy, toujours 1 gramme de sulfate de quinine par jour. Vers 11 heures du matin, frisson léger. Soir, T. 39,8.

Le 21. Frisson intense le matin avant la visite. Après le frisson, T. 40°. Pouls 120. En arrière de la poitrine, vers la base du poumon droit, matité, souffle intense et râles sous-crépitants. Dans la journée; collapsus, cyanose, refroidissement des extrémités. Le soir, la température est descendue à 36,6.

Le 22. Matin, T. 38°. Cyanose, nez refroidi, extrémités encore chaudes; pouls petit, très fréquent. Etat adynamique. La bouffissure de la face, l'œdème des membres inférieurs et de la région lombaire ont encore augmenté. En arrière de la poitrine, matité et souffle au niveau de la base des deux poumons. La matité est plus étendue et le souffle est plus intense du côté droit. Mort à deux heures du soir.

Autopsie le 24 avril, à neuf heures du matin. Pleurésie droite avec épanchement peu abondant de sérosité colorée en jaune. Fausses membranes unissant la base du poumon droit au diaphragme. Les bronches sont remplies de mucosités jaunes. Les poumons sont congestionnés, surtout vers la base. En divers points du tissu pulmonaire, on trouve de petits foyers renfermant du pus coloré en jaune. A la surface des poumons, on voit quelques petites plaques jaunes. Ce sont des infiltrations de liquide jaune sous le feuillet viscéral de la plèvre. A la base du poumon droit, vers le bord postérieur, il existe une cavité anfractueuse, grosse comme une noix environ. Dans cette

cavité vient s'ouvrir un canal formé en partie par des fausses membranes, en partie par le diaphragme. Le cœur est à peu près normal. La valvule mitrale est seulement un peu épaissie et le tissu musculaire a une coloration un peu jaunâtre. Les reins sont congestionnés; la rate n'est pas augmentée de volume; elle est ramollie et a une coloration lie de vin.

Estomac. — La muqueuse est injectée au niveau de la portion de la petite courbure qui est voisine du cardia. Dans le duodénum, on trouve une poche hydatique rompue, enroulée sur elle-même. Les feuillets stratifiés qui constituent la membrane hydatique, sont très apparents. La couche granuleuse interne est très altérée; on y voit quelques crochets seulement. Le péritoine renferme une assez grande quantité de sérosité jaune.

Le foie est très volumineux, ainsi qu'on avait pu le constater pendant la vie de la malade. Son extrémité gauche occupe la partie supérieure du creux épigastrique. A la surface, on voit quelques petites plaques jaunes qui ne sont autre chose que des infiltrations de pus sous la capsule de Glisson.

Dans toute la portion du foie qui est à droite du ligament suspenseur, le tissu hépatique est ramolli et friable. De la surface des coupes il s'écoule une grande quantité de pus jaune, qui provient des canaux biliaires sectionnés. Sur divers points, il y a des petits foyers gros comme des petites noisettes et renfermant du pus jaune. Ce sont des dilatations ampullaires des canaux biliaires intra-hépatiques. Presque partout, le tissu hépatique a une coloration marbrée brune et jaune. Les lobules sont distincts; leur centre est brun, leur périphérie est jaune. En quelques points on trouve des îlots peu étendus qui sont uniformément colorés en rouge brun. L'aspect spécial de ces îlots est dû à une infiltration de sang.

L'extrémité gauche du foie a une consistance dure. Là le tissu hépatique paraît sclérosé et crie sous le scalpel quand on le coupe; sa coloration est jaune clair. A la surface des coupes, on distingue nettement quelques zones arrondies, grisâtres, très dures, comme fibreuses; les zones grisâtres sont placées au milieu d'un tissu jaune clair, moins induré.

Sur le bord postérieur du foie, immédiatement à droite de la veine cave inférieure, se trouve une cavité du volume d'une mandarine. Les parois de cette cavité sont formées par le tissu hépatique, par le dia-

phragme et par la veine cave inférieure, laquelle ne paraît pas altérée. Cette cavité s'est développée sous la capsule de Glisson, qui, repoussée, s'est accolée au diaphragme et à la veine cave inférieure. Sa surface interne est très irrégulière et a une coloration grisâtre. Quelques-unes des saillies dont elle est hérissée, ont un aspect un peu nacré. Sur la paroi diaphragmatique de la cavité, il y a un orifice large comme une pièce en argent de 50 centimes. C'est à cet orifice que commence le canal qui s'ouvre dans la cavité creusée dans la base du poumon droit. Il y a donc par l'intermédiaire de ce canal qui rampe sur la face supérieure du diaphragme, une communication entre la cavité hépatique et la cavité pulmonaire.

Dans l'extrémité gauche du foie est creusée une autre cavité qui a le volume d'une orange; la peau de cette cavité est formée par le tissu hépatique, sclérosé et aminci, surtout au niveau de la portion péricardique du diaphragme à laquelle elle est adhérente. La surface interne, très irrégulière, offre une coloration grisâtre et de nombreuses saillies. Quelques-unes de ces saillies sont très dures et ont subi une transformation calcaire. Cette cavité communique largement avec la branche gauche du canal hépatique, par l'intermédiaire d'un canal, dont la surface est irrégulière et grisâtre et qui admet facilement le doigt indicateur.

Les canaux biliaires intra-hépatiques sont dilatés, mais d'une manière inégale; quelques points de leur trajet sont le siège de dilatations ampullaires. Ils sont remplis de pus jaune, leur muqueuse est injectée, mais ne présente pas d'ulcérations bien nettes. La branche droite du canal hépatique est beaucoup moins large que la branche gauche dans laquelle l'index pénètre avec facilité.

Le canal hépatique admet aussi facilement le doigt indicateur: le canal cholédoque est encore plus large que le canal hépatique, et sa surface interne est le siège de dépressions larges et nombreuses.

L'ampoule de Vater est très dilatée, elle se continue sans ligne de démarcation avec le canal cholédoque et semble constituer avec lui un canal unique, dont l'orifice duodénal est large comme une pièce en argent de 20 centimes. A cause de cette disposition le canal pancréatique paraît se jeter dans le canal cholédoque; son orifice se présente sous la forme d'une dépression allongée, difficile à trouver, limitée par un repli peu saillant, et situé au voisinage du bord de l'orifice duodénal. La vésicule biliaire et le canal cystique ont un aspect normal. Il n'y a

pas de trace de calcul biliaire. La veine porte et les veines sus-hépatiques ne paraissent pas altérées.

Examen histologique du foie, fait par M. *Brault*, préparateur d'histhologie pathologique à la Faculté.

1° Des coupes nombreuses, pratiquées sur le lobe gauche du foie, montrent qu'il est le siège d'une sclérose diffuse très irrégulière. Il existe en certains points des bandes fibreuses très épaisses, dans d'autres extrêmement minces. Au milieu des bandes du tissu conjonctif, on reconnaît les vestiges des canaux biliaires, dont les uns sont complètement oblitérés, dont d'autres présentent encore une cavité assez nette.

La lumière de quelques conduits est remplie par une accumulation de cellules lymphatiques altérées, irrégulières, grenues surtout au centre qui est homogène et presque caséeux.

Il n'est pas douteux que ces altérations, extrêmement avancées et répandues dans tout ce qui restait du lobe gauche du foie ne soient survenues à la suite de l'oblitération des gros canaux biliaires, se rendant à ce lobe, ou à la suite de leur compression chronique par la tumeur hydatique décrite plus haut. La sclérose primitivement développée autour des canaux biliaires, et reconnaissant comme cause première l'angiocholite chronique par oblitération, a déterminé secondairement l'atrophie presque complète du lobe gauche.

2° Quant aux lésions beaucoup plus récentes et beaucoup plus aiguës du lobe droit, elles sont caractérisées par tous les degrés de l'angiocholite suppurée diffuse.

Le début de la lésion est très facile à voir dans les canalicules biliaires interlobulaires dont le revêtement épithélial cylindrique est conservé et dont la lumière est comblée par des cellules de pus. A un degré plus avancé, la paroi des canalicules biliaires est infiltrée de cellules lymphatiques, formant plusieurs couches disposées d'une façon très irrégulière.

Ce n'est que dans les points où les abcès sont très volumineux que le centre est très altéré et que le revêtement cylindrique des canalicules n'est plus visible.

Dans ces points, l'abcès développé excentriquement envahit l'espace interlobulaire tout entier, empiète sur les lobules voisins qu'il détruit par leur périphérie, et même dans certains points, détruit plusieurs lobules pour former des abcès très volumineux.

Nulle part il n'existe de pyléphlébite. La lésion est donc uniquement constituée par une angiocholite suppurée diffuse.

Réflexions. — On peut résumer ainsi cette observation : 1° kyste hydatique suppuré du bord postérieur du foie ouvert dans le poumon droit; accidents pleuro-pulmonaires ; 2° kyste hydatique de l'extrémité gauche du foie ouvert dans la branche gauche du canal hépatique; premier accès de colique hépatique et ictère passager causé par le passage à travers les voies biliaires d'une petite vésicule hydatique ; deuxième accès de colique hépatique, obstruction des voies biliaires, ictère intense et angiocholite suppurée produits par la membrane hydatique tout entière traversant le canal hépatique, le canal cholédoque et l'ampoule de Vater.

Observation XIII.

Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. Angiocholite suppurée. Mort. Autopsie (Due à l'obligeance de mon ami Geffrier, interne des hôpitaux).

La nommée Godard (Armandine), femme Caillé, âgée de 45 ans, blanchisseuse, est entrée le 15 mars 1883 à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr Millard, salle Sainte-Marthe, lit n° 6.

Ordinairement bien portante, cette femme a eu huit grossesses, terminées par accouchement à terme. Elle a eu une jaunisse il y a dix ans et fait remonter à trois semaines seulement le début de la maladie actuelle.

Le 3 février dernier, elle éprouva tout d'un coup des crampes violentes à l'épigastre et des douleurs vives dans le côté droit avec irradiations dans la région dorsale et dans l'épaule droite. Le lendemain matin elle avait de l'ictère.

Les urines rouge-brique depuis longtemps avaient d'après la malade une couleur de sang. Les matières fécales ne paraissent pas avoir été décolorées. Jamais il n'y a eu de vomissements. L'appétit bien

conservé jusqu'au moment du début de la maladie actuelle est complètement perdu depuis.

La malade considérablement amaigrie a un aspect cachectique. La coloration ictérique de la peau est très foncée. Langue très sèche. Etat adynamique. Impossibilité de prendre ni aliments, ni boissons.

Abdomen. — Tuméfaction sus-ombilicale, douloureuse à la pression. Matité au niveau de cette tuméfaction qui est rénitente et présente quelques irrégularités. On sent à la palpation et on délimite par la percussion le bord inférieur du foie qui descend notablement plus bas que l'ombilic. Le bord est mince et tranchant à droite, plus épais à gauche.

On sent au-dessus de lui quelques enfoncements et bosselures. Le foie paraît donc irrégulier, la matité supérieure remonte au niveau du mamelon.

On constate une crépitation fine en arrière de la poitrine des deux côtés au niveau de la base. Rien au cœur.

Mort le 20 mars à 3 heures après-midi.

Autopsie. — Le 22 mars, péritonite. Fausses membranes et pus entre le foie et le diaphragme.

Le foie est très volumineux (environ le double du volume normal ; dans la partie moyenne du lobe droit se trouve une tuméfaction molle et fluctuante. Par une incision on reconnaît qu'il existe à ce niveau une cavité remplie par un liquide filant, glaireux et purulent au milieu duquel nagent un grand nombre de vésicules hydatiques de toutes les dimensions. Ce liquide exhale une odeur très fétide. Les parois de cette cavité qui logerait facilement le poing sont tapissées sur quelques points par des débris de membranes hydatiques et constituées par une couche de tissu fibreux, mais en beaucoup de points il n'y a pas de paroi fibreuse et la surface interne de la cavité est dans la plus grande partie de son étendue irrégulière, noirâtre, déchiquetée; et l'odeur exhalée est celle de la gangrène. On trouve un second kyste plus petit et plus rapproché du bord tranchant du foie.

Voies biliaires. — La vésicule biliaire, très distendue, dépasse notablement le bord antérieur du foie ; elle contient un liquide analogue à celui du kyste et un grand nombre de vésicules hydatiques. En passant une sonde cannelée par le canal hépatique qui est très dilaté, on arrive après un trajet de plusieurs centimètres dans la cavité kystique.

Les canaux biliaires intra-hépatiques sont très dilatés et entourés d'une couche épaisse de prolifération conjonctive (périangiocholite). Dans un des plus dilatés on trouve deux membranes hydatiques. Les espaces interlobulaires sont dilatés et marqués par des taches blanches d'où on peut faire sourdre une gouttelette de pus.

Rien à noter dans les autres organes.

Examen microscopique du foie fait par M. le Dr Brault, préparateur d'histologie pathologique à la Faculté.

Le foie présente à l'examen microscopique deux ordres de lésions, les unes anciennes, les autres récentes.

1° Les lésions anciennes sont des lésions d'angiocholite chronique. Elles consistent dans l'épaississement de la membrane fibreuse des canaux biliaires. Cette enveloppe présente sur presque tous les points observés plusieurs feuillets fibreux disposés en couches concentriques. Dans les espaces portes les plus enflammés, l'inflammation péricanaliculaire se continue jusqu'aux troncs veineux, qui sont entourés eux-mêmes d'une zone fibreuse.

Quelques-uns des troncs biliaires d'un volume assez considérable offrent à leur intérieur des signes d'inflammation plus récente; leur lumière est presque comblée par une matière muco-purulente.

2° Les lésions récentes se sont produites dans les derniers jours de la maladie; elles consistent surtout en abcès biliaires développés dans des petits troncs envahissant toute l'étendue de l'espace porte, déterminant même dans certains points la destruction partielle des lobes hépatiques.

Ces abcès sont identiques à ceux que l'on rencontre d'habitude dans tous les cas de rétention et d'altération de la bile.

Dans certains points les capillaires des lobules hépatiques sont remplis de globules blancs. Ces globules blancs viennent d'un abcès voisin, ou bien résultent de l'envahissement d'un petit tronc-porte périlobulaire par la suppuration.

L'examen microscopique n'a porté que sur les points du foie où les abcès étaient de très petit volume. On sait d'après l'examen à l'œil nu qu'il existait des abcès gros comme une noisette ou même comme une noix. La teinte verdâtre ou noirâtre qui existait à la périphérie de quelques-uns d'entre eux indiquait l'altération du parenchyme voisin, et peut être un commencement de gangrène, car ces abcès avaient beaucoup d'odeur.

TABLE DES MATIÈRES

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

Anatomie et histologie. — Du cœur.

Physiologie. — De l'urination.

Physique. — De l'opthalmoscope.

Chimie. — Des alcools et des éthers.

Histoire naturelle. — De la famille des rubiacées.

Pathologie externe. — Des complications des hernies.

Pathologie interne. — Des pneumonies.

Pathologie générale. — Des maladies infectieuses.

Anatomie et histologie pathologique. — Des anévrysmes.

Médecine opératoire.— Des différents procédés de réduction des luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — Des cataplasmes et des sinapismes.

Thérapeutique. — De l'emploi du sulfate de quinine.

Hygiène. — Des moyens prophylactiques à employer contre le choléra.

Médecine légale. — De l'avortement.

Accouchements. — Des hémorrhagies puerpérales.

Vu, le président de la thèse,
TRÉLAT.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.